



Karelia-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Painehaavojen näyttö käyttöön verkostojohtamisen avulla Pohjois-Karjalassa

Katja Pelkonen & Niina Vartiainen

Opinnäytetyö, maaliskuu 2023

www.karelia.fi



OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2023
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät
Katja Pelkonen & Niina Vartiainen

Nimeke
Painehaavojen näyttö käyttöön verkostojohtamisen avulla Pohjois-Karjalassa

Toimeksiantaja
Siun soten painehaavatyöryhmä
Toimeksiantajayhteisön nimi
Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Tiivistelmä

Näyttöön perustuvaa toimintaa pidetään hoitotyön johtamisen peruslähtökohtana. Sosiaali- ja terveydenhuolto on jatkuvassa kehityksessä, kun uutta tutkimustietoa julkaistaan. Uuden tiedon myötä myös näyttö uusiutuu. Jokaisen hoitotyötä tekevän tulee sitoutua näyttöön perustuvaan toimintaan sekä sen vakiinnuttamiseen ja kehittämiseen. Asiantuntijuus ja oppiminen siirtyvät enenevässä määrin digitaalisiin alustoihin, verkostoihin ja siellä tapahtuviin kohtaamisiin. Tulevaisuudessa esihenkilön työ edellyttää enenevässä määrin erilaisten virtuaalisten tiimeihin osallistumista ja niiden johtamista.

Opinnäytetyön tarkoitus on yhdenmukaistaa painehaavojen hoitokäytännöt Pohjois-Karjalan maakunnan alueella niin, että jokainen asiakas saa näyttöön perustuvaa hoitoa. Työn tavoitteena oli Webropol -kyselyn avulla tuottaa tietoa maakunnan Siun soten eri yksiköissä toimivien haavavastaavien tiedoista, taidoista ja asenteista sekä esihenkilöiden tuesta liittyen painehaavoihin, niiden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon. Kyselyn avulla luotiin haavavastaavien odotuksia vastaava verkosto, jossa jaetaan painehaavoihin liittyen tietoa.

Vastauksia kyselyyn tuli yhteensä 56 kappaletta. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tuloksista selvisi, että työyhteisön ja lähiesihenkilön tuella on merkitystä ennaltaehkäisylle. Haavavastaavien verkostosta toivotaan saatavan tietoa ja tukea sekä paikkaa, missä vaihtaa kokemuksia painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Opinnäytetyön tuloksista nousi esille tarve tuoda painehaavoihin liittyvät Siun soten omat työohjeet kaikkien haavavastaavien tiedoksi.

Kieli
suomi

Sivuja 98
Liitteet 11
Liitesivumäärä 34

Asiasanat: Näyttöön perustuva toiminta ja johtaminen, haavavastaavat, verkostoituminen, verkoston johtaminen, painehaavan ennaltaehkäisy



THESIS
March 2023
Master's Programme in Development and
Management of Health Care and Social Services

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Authors
Katja Pelkonen & Niina Vartiainen

Title
Introduction of Evidence Based Practice for Pressure Ulcers Through Network Management in North Karelia

Commissioned by
Siun sote – Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services, Pressure Ulcer Working Group

Abstract

Evidence-based practice is considered the basic premise of nursing management. The social and healthcare sector is constantly developing as new research data is published. Evidence-based practices change along with new knowledge. Everyone working in nursing must be committed to evidence-based practice and its establishment and development. Expertise and learning are increasingly transferred to digital platforms, networks and encounters occurring there. In the future, the work of a supervisor will increasingly involve participating in and leading various virtual teams.

The purpose of this thesis was to standardize pressure ulcer treatment practices in the region of North Karelia so that every client receives evidence-based care. Data for this quantitative study was collected by sending a questionnaire through the Webropol program. The aim was to generate information on the knowledge, skills and attitudes of wound care managers working in different Siun Sote units as well as on the support of the supervisors in relation to pressure ulcers, their prevention, identification, and treatment. Based on the survey, a network that meets the expectations of wound care managers and shares information on pressure ulcers was created.

There were 56 responses to the survey. The results revealed that the support of the work community and immediate supervisors is important. The network of wound care managers is hoped to provide information and support and be a place where to exchange experiences on pressure ulcer prevention. The most important finding was that Siun sote needs to bring its own guidelines on pressure ulcers to the attention of all wound care managers.

Language
Finnish

Pages 98
Appendices 11
Pages of Appendices 34

Keywords: Evidence-based practice and management, wound care managers, networking, network management, pressure ulcer prevention

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Näyttö käyttöön	4
2.1	Näyttöön perustuva hoitotyö	4
2.2	Näyttöön perustuva hoitotyön johtaminen	5
2.3	Esihenkilö hoitotyön osaamisen kehittäjänä	8
3	Näyttöön perustuva painehaavan hoito	10
3.1	Painehaavan kehittyminen	10
3.2	Painehaavan diagnosointi ja -luokitus	11
3.3	Painehaavojen ennaltaehkäisy	12
3.4	Painehaavan hoito ja kustannukset	14
4	Hoitotyön verkosto	15
4.1	Hoitotyön verkoston luominen	15
4.2	Hoitotyön verkoston johtaminen	18
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät	20
6	Opinnäytetyön prosessi ja toteuttaminen	21
6.1	Opinnäytetyön suunnittelu, sisältö ja toteuttaminen	21
6.2	Kyselyn suunnittelu, sisältö ja toteuttaminen	23
7	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	25
7.1	Tutkimuksellinen kehittämistyö	25
7.2	Kvantitatiivinen tutkimusote	26
7.2.1	Otos ja kysely	27
7.2.2	Aineiston analyysi ja raportointi	29
8	Tulokset	33
8.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	33
8.2	Kokemukset haavanhoidon taidoista	37
8.3	Haavavastaavien tietopohja painehaavoista	39
8.4	Bradenin riskiluokitusmittari	41
8.5	Painehaavojen ennaltaehkäisy	46
8.6	Työyhteisön kollegoiden asenne painehaavojen ennaltaehkäisyyn	50
8.7	Lähiesihenkilön tuki painehaavojen ennaltaehkäisyyn	52
8.8	Haavavastaavien verkostoituminen	55
8.9	Haavanhoidosta kaivataan lisää tietoa	56
8.10	Odotuksia haavavastaavien verkostolle	58
9	Haavavastaavien verkoston luominen ja tietopaketit	61
9.1	Verkoston suunnittelu	61
9.2	Verkoston sisältö	62
9.3	Verkoston toteuttaminen	63
10	Pohdinta	66
10.1	Aiemmat tutkimukset aiheesta	66
10.2	Läihoitajien ja sairaanhoitajien väliset erot	67
10.2.1	Erot taustatiedoissa ja käytännön taidoissa	67
10.2.2	Tietopohjaan liittyvät erot	68
10.2.3	Bradenin riskiluokitusmittariin liittyvät erot	70
10.2.4	Painehaavojen ennaltaehkäisyn erot	71
10.3	Maakunnan sisäiset alueelliset erot	73

10.3.1	Yleiset erot.....	73
10.3.2	Tietopohjaan liittyvät erot.....	73
10.3.3	Bradenin riskiluokitusmittariin liittyvät erot	75
10.3.4	Painehaavojen ennaltaehkäisyn erot.....	76
10.4	Työyhteisön asenteella ja täydennyskoulutuksilla merkittävä rooli	77
10.5	Merkittävimmät ennaltaehkäisyn käytännöt.....	79
10.6	Lähiesihenkilön toiminnan merkitys ennaltaehkäisyyn.....	81
10.7	Opinnäytetyön luotettavuus	82
10.8	Opinnäytetyön eettisyys.....	87
10.9	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat.....	89
	Lähteet.....	92

Liitteet

Liite 1	Bradenin riskiluokitusmittari
Liite 2	Estä painehaava -toimintaohje
Liite 3	Saatekirje ja Webropol -kyselylomake
Liite 4	Tietosuojaseloste
Liite 5	Kuvakaappaukset verkoston kansioista ja tiedostoista
Liite 6	"Poistettu"
Liite 7	"Poistettu"
Liite 8	"Poistettu"
Liite 9	Teams-kutsu ja ohjelma 7.2.2023
Liite 10	"Poistettu"
Liite 11	Verkoston aloituskokouksen palaute (Padlet)

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysala on jatkuvassa kehityksessä, kun uutta tutkimustietoa julkaistaan ja yhteiskunta muuttuu. Laatujohtamisella pyritään jatkuvasti kohti parempaa kehittämistä sekä henkilöstön osaamista ja johtamista. Jatkuva kehittäminen on pysyvä käytäntö, jossa kerätään kehitysideoita ja juurrutetaan niistä parhaimmat käytännön työhön. (Kallankari 2019, 203.) Näyttöön perustuva toiminta on hoitotyön johtamisen peruslähtökohta. Käytäntöjen kehittäminen edellyttää hoitotyön esihenkilöltä näyttöön perustuvan toiminnan merkityksen sisäistämistä. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 32.) Verkostojohtaminen taas tukee dialogisuutta, jotta luottamuksen sekä tietojen vaihdon avulla muodostuisi yhteisen oppimisen ilmapiiri. Yhteinen tietoa alusta voi olla esimerkiksi sähköinen alusta (Järvensivu 2019, 107–108), jossa kommunikaatio tapahtuu digitaalisilla viestintävälineillä (Järvensivu 2019, 108; Viitala 2021, 255).

Väestön ikääntyessä painehaavojen esiintyvyys lisääntyy (Gefen 2018, 7; Soppi 2010). Painehaavoja esiintyy eri terveydenhuollon yksiköissä noin 5–25 %:lla asiakkaista (Soppi 2020). Painehaavojen hoito on kallista, joten ennaltaehkäisy tulisi halvemmaksi, vaikka se vaatii tahtoa ja kannustusta. Sosiaali- ja terveysalan johdon olisi hyvä jo taloudellisista syistä rohkaista henkilökuntaa painehaavojen päivittäiseen ehkäisyyn. (Soppi 2010.) Siun soten alueella tehdyn vuoden 2021 painehaava prevalenssi-tutkimuksen mukaan noin 13 %:lla asiakkaista oli painehaavoja (Siun sote 2021a).

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa on hyödynnetty kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. Aihe on työelämälähtöinen. Sen valintaan vaikutti omalta osaltaan aiheen ajankohtaisuus väestön ikääntyessä ja digitalisaation kehittyessä. Siun sote on ottanut vuoden 2023 alusta käyttöön ohjeen haittatapahtumien kirjaamisesta, jossa uutena asiana on painehaavoista tehtävä haittatapahtumailmoitus. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Siun soten painehaavatyöryhmä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli haavavastaaville tehdyn kyselyn avulla saada tietoa maakunnan haavavastaavien tiedoista, taidoista ja asenteista sekä esihenkilöiden tuesta painehaavoihin liittyen. Kyselyn avulla luotiin haavavastaavien toiveita vastaava verkosto. Opinnäytetyön tarkoitus on viedä näyttöön perustuvaa painehaavoihin liittyvää tietoa Siun soten hoitajien käyttöön koko maakunnan alueelle verkostoitumisen avulla. Verkoston on tarkoitus omalta osaltaan vahvistaa haavavastaavien yhteenkuuluvuuden tunnetta, koska verkostossa on mahdollista keskustella ja jakaa kokemuksia muiden kanssa. Opinnäytetyön näkökulma on verkoston johtamisessa sekä näyttöön perustuvan hoitotyön johtamisessa.

2 Näyttö käyttöön

2.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva hoito, (*evidence-based medicine*) tarkoittaa tieteellisesti osoitettua, tutkimukseen pohjautuvaa, jatkuvasti päivittyvää ja suosituksiin perustuvaa hoitoa (Duodecim 2002, 468). Näyttöön perustuvassa hoitotyössä, (*evidence-based nursing*), toiminnan tavoitteena on inhimillinen, oikea-aikaisesti annettu, sopiva ja vaikuttava hoito (Laaksonen & Ollila 2017, 68; Perälä 1999, 53; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9,11). Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön pohjautuva päätöksenteko on avointa ja läpinäkyvää (Mäkisalo 2004, 142). Se on yhdistelmä tutkittua tietoa, asiakaskohtaisia tietoja ja hoitajan työkokemuksesta syntynyttä asiantuntemusta (Kauhanen 2010, 148; Mäkisalo 2004, 143; Norwich University 2021; Sarajärvi ym. 2011, 15). Asiakaskeskeinen ajattelu-tapa on eräs näyttöön perustuvan hoitotyön kulmakivi (Holopainen ym. 2014, 27; Mäkisalo 2004, 145; Sarajärvi ym. 2011, 15). Myös lain mukaan asiakkaalla on oikeus osallistua päätöksentekoon, mikä koskee hänen hoitoaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6 §).

Terveystieteiden toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan toteutuksen tulee olla laadukasta, turvallista ja

asianmukaista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010, 8 §.) Siun soten strategian kriittisinä menestystekijöinä ovat näyttöön perustuvaan hoitotyöhön nojautuen asiakaspalvelun laatu, palvelujen saatavuus ja oikea-aikainen saavutettavuus (Siun sote 2020, 12). Näyttöön perustuvalla toiminnalla edistetään vaikuttavien, tarkoituksenmukaisten menetelmien käyttämistä sekä karsitaan epätarkoituksenmukaisia hoitomenetelmiä ja yhdenmukaistetaan hyviä käytäntöjä. Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla on oikeus saada näyttöön perustuvaa hoitoa. (Siltanen & Heikkilä 2021, 28.) Lainsäädännöllä turvataan kaikille suomalaisille yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveystieteiden palvelut (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3 §; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2 §). Toiminta on luotettavaa, kun se perustuu tuoreeseen tietoon. Näyttöön perustuva toiminta on strategia, joka tulee sulauttaa jokapäiväiseen työhön ja päätöksentekoon paremman hoidon saavuttamiseksi. (Gallagher-Ford & Connor 2020.) Toiminnan keskeisenä tavoitteena on potilaan hyvän hoidon ja kansalaisten terveyden edistäminen (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 36).

Näyttöön perustuvan hoitotyön suositukset on tarkoitettu hyödyntämään koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Tämä vaatii sitoutumista suositusten käyttöön. (Korhonen ym. 2018, 67.) Asiantuntijoista koostuvat työryhmät laativat hoitosuosituksia. Ne laaditaan järjestelmällisesti kerätystä ja kriittisesti arvioidusta tutkimustiedosta. Näitä käytännön työn tukena käytettäviä hoitosuosituksia julkaisee hoitotyön tutkimussäätiö Hotus. (Sarajarvi ym. 2011, 13; Siltanen & Heikkilä 2021, 28.) Hoidon oikeudenmukaisuus eri sosioekonomisten ryhmien sekä maakuntien välillä voidaan varmistaa käyttämällä valtakunnallisia Hoitotyön suosituksia ja Käypä hoito -suosituksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 56).

2.2 Näyttöön perustuva hoitotyön johtaminen

Näytön soveltaminen ja levittäminen käyttöön on sosiaali- ja terveydenhuollon esihenkilöiden, asiantuntijoiden ja opettajien vastuulla (Stolt, Kielo & Haavisto 2021, 427). Laatujohtamisella pyritään jatkuvasti kohti parempaa asiakastyytyväisyyttä, palvelua, tehokkuutta, kehittämistä, henkilöstön osaamista ja johtamista. Jatkuva kehittäminen on pysyvä käytäntö, jossa kerätään kehitysideoita,

käydään niitä läpi, ja juurrutetaan niistä parhaimmat käytännön työhön. (Kallankari 2019, 203.) Terveydenhuoltolain (4 §) mukaan toimintayksikön johtaminen perustuu moniammatilliseen asiantuntemukseen, jolla turvataan laadukas ja turvallinen hoitokokonaisuus sekä kehitetään hoito- ja toimintatapoja. Näyttöön perustuvaan toimintaan kannustava toimintakulttuuri luodaan johtamisen avulla. Esihenkilöt vastaavat näyttöön perustuvan toiminnan kehittamisestä ja toteuttamisesta. Tämän takia heidän on sitouduttava sen kehittämiseen, ajan tasalla pitämiseen, arviointiin sekä seurantaan. (Sarajärvi ym. 2011, 10, 18; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 54, 58.) Esihenkilön täytyy osata tulkita näyttöön perustuvasta toiminnasta tuotettua tietoa ja arvioida tulosten merkityksiä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 58).

Käytäntöjen kehittäminen edellyttää hoitotyön esihenkilöltä näyttöön perustuvan toiminnan merkityksen sisäistämistä. Esihenkilön tulee omalla toiminnallaan osoittaa arvostavansa tutkimusnäyttöä ja halua edistää näyttöön perustuvaa toimintaa. (Holopainen ym. 2014, 32; Sarajärvi ym. 2011, 91.) Kehittäminen edellyttää jarruttavien tai estävien tekijöiden tunnistamisen ja niihin puuttumisen. Puuttumalla esteisiin ne voidaan monesti kääntää vahvuudeksi, mikä loppujen lopuksi tukee toiminnan kehittämistä. Esteet voivat liittyä organisaatioon, johtamiseen, ammattilaisiin, potilaisiin tai hyödynnettäväksi tarkoitettuun näyttöön. (Holopainen ym. 2014, 32, 34–35.) Myös näytön käytön arviointi voi osoittaa tarpeen kehittämislle. Arviointi voi tuottaa tietoa toiminnassa olevista puutteista esimerkiksi potilasturvallisuudessa. (Korhonen ym. 2018, 147.)

Esihenkilö auttaa työntekijää kehittymään paremmaksi omassa ammatissaan tarjoamalla lisäkoulutuksia sekä sopivan haastavia ja monipuolisia työtehtäviä (Jaakkola 2020, 56; Viitala 2013, 212). Tämä lisää työn imua. Tätä tukevat myös saatu tuki ja arvostus, vaikutusmahdollisuudet omaan työhön sekä hyvä johtaminen. (Viitala 2013, 212.) Esihenkilön tehtävänä on vastata toiminnan kokonaisuudesta. Laadun kehittämisen ja mittaamisen seuranta kuuluu esihenkilön tehtäviin ja siinä auttaa hyvä substanssiosaaminen. Tämä luo perustan toimintavarmuudelle ja lainsäädännöllisten vaatimuksien täyttämislle. (Räsänen & Valvanne 2017, 31.) Kehittäminen aletaan nähdä työyhteisön yhteisenä tehtävänä, (Kallankari 2019, 205) koska jokaisella työntekijällä on oikeus ja

velvollisuus uudistua ja kehittää (Kallankari 2019, 205; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 16). Muutosprosessissa työntekijät voivat sitä paremmin, mitä enemmän he saavat vaikuttaa ja kehittää työtään (Sarajärvi ym. 2011, 22). Esihenkilöllä on oikeus olettaa, että työntekijä toimii parhaan näytön varassa, koska se on osa heidän ammattitaitoaan ja velvollisuuttaan (Holopainen ym. 2018, 39).

Esihenkilön on kehitettävä johtamistaan sekä omaa osaamistaan jatkuvasti (Kulmala 2017, 16). Tämä kannattaa tehdä julkisesti, jolloin se toimii hyvänä esimerkkinä työntekijöille itsensä kehittämistä (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 142), koska johtaminen tapahtuu esimerkillä (Jaakkola 2020, 53; Räsänen & Valvanne 2017, 30). Avoimuudella on merkitystä ja esihenkilön pitäisi ottaa vaikeat asiat puheeksi. Esihenkilön tulee kohdella ihmisiä johdonmukaisesti ja reilusti noudattaen yhteisiä pelisääntöjä. Yhteishenkeä ja luottamusta lisää esihenkilön aito kiinnostus ja läsnä oleminen työyhteisössä. (Jaakkola 2020, 53–55.) Hyvällä vuorovaikutuksella ja arvostuksella saavutetaan työntekijöiden luottamus, arvostus ja sitoutuneisuus johtamiseen (Loppela 2017, 161). Esihenkilön tehtävänä on tunnistaa asenteelliset, taidolliset ja tiedolliset näyttöön perustuvan hoitotyön toteutuksen esteet yksiköstään. Niihin voi vaikuttaa esimerkiksi ohjauksen ja koulutuksen avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55.)

Kehittyminen ja oppiminen kuuluvat jokaiseen työhön. Esihenkilön tehtävä on saada työntekijät kiinnostumaan omasta kehittymisestään. Tämä onnistuu esimerkiksi valmentavan johtamisen avulla, jossa esihenkilö tukee ja seuraa kehittymistä niin yksilö- kuin tiimitasolla. (Kupias ym. 2014, 138–139.) Jokaisella hoitotyön tekijällä tulee olla riittävästi osaamista ja ymmärrystä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä sekä myönteinen asenne sitä kohtaan, jotta se toteutuu. Lisäksi tarvitaan riittävästi resursseja. (Siltanen & Heikkilä 2021, 29.) Organisaatioilla ei ole varaa olettaa, että jokainen työntekijä kehittäisi omaa osaamistaan itsenäisesti, vaan organisaation tehtävä on luoda oppimiselle suotuisia olosuhteita ja määrittää suunta työntekijöiden osaamisen kehittämiseksi. Työntekijät sitoutuvat pitämään ammattitaitoaan yllä, ja organisaatio tarjoaa heille siihen mahdollisuuksia. (Viitala 2021, 123.) Osallistavan johtamisen avulla esihenkilö voi rohkaista ja helpottaa osallistumista ottamalla työntekijän mukaan päätöksentekoon. Osallistamalla työntekijä voi mahdollisesti parantaa päätöksenteon

laatua, auttaa parantamaan päätösten hyväksyntää ja työntekijöiden tyytyväisyyttä päätöksentekoprosessiin. Työntekijöiden osallistuminen auttaa kehittämään työntekijän päätöksentekokykyä. (Yukl & Becker 2006, 212–213.)

2.3 Esihenkilö hoitotyön osaamisen kehittäjänä

Tutkimustiedon nopea lisääntyminen on tuonut haasteita merkityksellisen tiedon löytämiseen ja hyödyntämiseen. Tiedon käyttöönotto vaatii kouluttautumista ja oman osaamisen kehittämistä. (Holopainen ym. 2014, 12.) Keskeisenä osana organisaation menestymiselle on henkilöstön osaaminen (Kauhanen 2010, 143; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 190). Osaamisen kehittäminen tarkoittaa sellaisia toimenpiteitä ja prosesseja, joilla organisaatiossa voidaan kehittää tarvittavaa osaamista (Viitala 2021, 121). Tavoitteena voitaisiin pitää sellaista työyhteisöä, jossa kaikki arvostavat jatkuvaa kouluttautumista, ymmärtävät tutkitun tiedon merkityksen ja oppivat toinen toisiltaan. Näin jokaisella olisi vastuu omasta oppimisestaan. (Mäkisalo 2004, 143–144.) Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen on osa perustyötä ja hyvät toimintatavat leviävät laajemmin käyttöön, kun hoitomenetelmät perustuvat yhä enenevässä määrin tietoisesti tutkittuun tietoon (Sarajärvi ym. 2011, 22).

Uusi työntekijä, työpaikan sisällä uusiin tehtäviin siirtyvä työntekijä ja vuokra-työntekijä tarvitsevat jokainen hyvän perehdytyksen (Joki 2018, 111; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15–16; Viitala 2021, 97). Myös työturvallisuuslain (738/2002, 14 §) mukaan työnantajalla on velvollisuus perehdyttää uusi työntekijä työhön ja turvallisiin työtapoihin. Lähiesihenkilöt ovat vastuussa työntekijöiden perehdyttämisestä. Uuden työntekijän on tarkoitus suoriutua tehokkaasti ja nopeasti uusista työtehtävistään, ja myös viihtyä uudessa työssään. Perehdyttämiseen kuuluvat kaikki ne toimet, joilla edellä mainitut asiat toteutuvat. (Joki 2018, 111; Kauhanen 2010, 151, 153; Viitala 2021, 97.) Siinä vaiheessa, kun perehdytettävä kokee, ettei perehdytykselle ole enää tarvetta, loppuu varsinainen perehdytys ja sen tilalle tulee osaamisen kehittäminen (Viitala 2021, 99).

Hiljainen tieto tarkoittaa sanatonta osaamista, joka kehittyy pitkällä aikavälillä ja näkyy ulospäin sujuvana toimintana (Sarajärvi ym. 2011, 43). Työyhteisöissä on paljon hiljaista tietoa, mikä ei nouse esille, jos sille ei anneta tilaa ja mahdollisuuksia (Kulmala 2017, 13). Sarajärven ym. (2011, 96) mukaan olisi tärkeää, että hiljainen tieto tuodaan esille, koska se on osa kliinistä näyttöä, mitä tarvitaan näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnan kehittymisessä. Pitkän työuran aikana kertyvä kokemus ja osaaminen piiloutuvat toimivien rutiinien sekä sujuvien työtehtävien sekaan. Esihenkilön tulisi tukea kokenutta työntekijää hiljaisen tiedon tunnistamiseen ja avaamiseen esimerkiksi kehityskeskusteluissa. Työparityöskentelyn avulla voidaan edistää osaamisen ja kokemuksen jakamista kokenemmalta kokemattomammalle työntekijälle. Edellytyksiä onnistuneelle osaamisen jakamiselle ovat molempien työntekijöiden avoimuus uuden oppimiselle sekä kunnioitus toisen osaamista kohtaan. (Wallin 2017, 104–105.) Hiljaista tietoa tulisi jakaa eri organisaatiotasojen välillä, jolloin se leviäisi laajemmin koko organisaation hyötykäyttöön (Loppela 2017, 158).

On hyvä tiedostaa, että uuden tiedon myötä näyttö uusiutuu (Stolt ym. 2021, 422). Siltasen & Heikkilän (2021, 29) mukaan jokaisen hoitotyötä tekevän tulee sitoutua näyttöön perustuvaan toimintaan sekä sen vakiinnuttamiseen ja kehittämiseen. Näyttöön perustuvalla toiminnalla voidaan vahvistaa asiantuntijuuden kehittymistä, mikä vaatii kokemuspohjaista tietoa ja käytännöstä hankittua kokemusta. Myös työntekijän aktiivisuudella, kehitysmyönteisyydellä ja innostuneisuudella hoitotyön kehittämiseen on vaikutusta. (Sarajärvi ym. 2011, 18.) Jokainen organisaation henkilökuntaan kuuluva on tärkeässä roolissa jatkuvassa kehittämisessä, koska suuret kokonaisuudet muodostuvat usein pienistä, yksittäisistä työntekijöistä lähtöisin olevista palasista (Kallankari 2019, 205). Paras keino toimia asiakkaan hyväksi on jatkuva kouluttautuminen läpi uran. Hoitajan on pysyttävä ajan tasalla alansa viimeisimmistä tutkimuksista ja tuloksista. (Laaksonen ym. 2012, 194; Norwich University 2021.)

3 Näyttöön perustuva painehaavan hoito

3.1 Painehaavan kehittyminen

Väestön ikääntyessä painehaavojen esiintyvyys lisääntyy (Soppi 2010). Painehaavalla tarkoitetaan paineen seurauksesta syntynyttä haavaa (Duodecim 2002, 486; Hietanen & Juutilainen 2021, 322; Härmä 1999, 349) ja/tai ihon, tai sen alla olevan kudoksen kudოსvauriota, joka on paineen ja mahdollisesti myös venytyksen aiheuttamaa (Hietanen & Juutilainen 2021, 322; Soppi 2020). Painehaavat sijaitsevat yleensä kehon luisten ulokkeiden kohdalla (Hietanen, Iivainen, Seppänen & Juutilainen 2005, 188; Hietanen & Juutilainen 2021, 322; Härmä 1999, 354; Soppi 2020), ja ne syntyvät tavallisimmin kehon kontaktista joko liikkumisen apuvälineeseen tai makuu- / istuinalustaan (Hietanen & Juutilainen 2021, 322). Yli puolet painehaavoista syntyy lantion seudulle ja kolmasosa alaraajoihin (kantapäät) (Juutilainen 2021a, 323).

Vakava kudოსvaurio saattaa syntyä jo puolessa tunnissa (Gefen 2018, 12; Hietanen & Juutilainen 2021, 325) ja monesti ne saattavat jäädä huomaamatta, koska painehaavojen syntyä ei useinkaan aktiivisesti seurata eikä myöskään kirjata (Juutilainen 2021a, 323). Painehaavoille altistavia tekijöitä ovat liikkumattomuus, vajaaravitsemus, suojatunnon heikentyminen, ikääntyminen, matala ruumiinlämpö, (Hietanen ym. 2005, 187–188; Hietanen & Juutilainen 2021, 326–327;) sekä paikalliset kudოსolot kuten kudosten kimmoisuus ja riittävä verenkierto (Gefen 2018, 8–9; Hietanen & Juutilainen 2021, 327). Lisäksi ihon kosteus, joko haavaeritteestä, inkontinenssista tai hikoilusta johtuen lisää kudოსvaurion riskiä (Hietanen ym. 2005, 188; Hietanen & Juutilainen 2021, 326).

Painehaavojen hoito on kallista. Ennaltaehkäisy tulisi paljon halvemmaksi kuin hoito. (Soppi 2010.) Yli 65–70-vuotiailla on noin 70 % kaikista painehaavoista (Hietanen ym. 2005, 187; Hietanen & Juutilainen 2021, 327; Soppi 2010). Painehaavoja esiintyy kaikissa eri terveydenhuollon yksiköissä noin 5–25 %:lla asiakkaista. Syntymekanismiltaan tuntematon kuolemanriskin suurentuminen liittyy painehaavan kehittymiseen. Suomessa on arvioitu painehaavan

komplikaatioihin liittyviä kuolemia olevan vuosittain noin 500–1 000. (Soppi 2020.) Ennaltaehkäisy on mahdollista, mutta se vaatii tahtoa ja kannustusta (Soppi 2010).

3.2 Painehaavan diagnosointi ja -luokitus

Onnistunut haavanhoito vaatii oikean diagnoosin. Haavaa tutkittaessa täytyy ensin miettiä, mistä se johtuu sen sijaan, että pohdittaisiin, millä se hoidetaan (Isoherranen 2021, 8). Diagnoosi pohjautuu ihovaurion arvioon (Hietanen ym. 2005, 188; Juutilainen & Hietanen 2021, 328–329). Painehaavan diagnoosin tulee sisältää arvio haavan koosta, syvyydestä sekä siitä, mihin anatomisiin rakenteisiin saakka haava ulottuu (Hietanen ym. 2005, 188; Juutilainen & Hietanen 2021, 328–329). Eräs tärkeä erotusdiagnoosi on kosteusvaurio, mikä on syytä huomioida, etenkin jos haava sijaitsee ns. vaippa-alueella tai painehaavalle epätyypillisellä alueella (Juutilainen & Hietanen 2021, 329).

Kansainvälinen painehaavaluokitus, joka perustuu NPUAP-EPUAP-syvyysluokitukseen, auttaa arvioimaan mihin anatomisiin rakenteisiin saakka haava ulottuu, ja ohjaa hoidon linjausta sekä haavan paranemisen ennustetta. Painehaavaluokituksessa on neljä luokkaa:

1. aste: punoitus, joka ei vaalene
2. aste: ihon pinnallinen vaurio
3. aste: koko ihon läpäisevä vaurio, jossa lihaskalvo on ehjä
4. aste: syvin painehaava, näkyvillä voi olla luuta, lihasta ja jänteitä.

Lisäksi on epäily syvien kudosten vaurioitumisesta sekä luokittelemattoman painehaavan luokat, joissa haavan syvyyttä ei voida arvioida päällä olevan huonon kudoksen tai nekroosin vuoksi. (EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019, 38–43; Juutilainen & Hietanen 2021, 331–334; Painehaavahelpperi 2011.) Iso osa painehaavoista jää diagnosoimatta (Soppi 2020).

3.3 Painehaavojen ennaltaehkäisy

Painehaavoja voidaan osin pitää hoidon laadun mittarina (Hietanen & Juutilainen 2021, 322; Lagus 2020, 22) ja niiden syntyminen olisi usein ennaltaehkäisävissä, mikäli asiakkaan painehaavariskiä suurentavat tekijät huomattaisiin ajoissa ja niihin reagoitaisiin (Hietanen & Juutilainen 2021, 334). Painehaavan synty on liitoksissa hoidon laadun epäonnistumiseen. On tavallista, että painehaava kehittyy kahden viikon sisällä sairaalaan joutumisesta. (Soppi 2010.) Painehaavojen ennaltaehkäisyn välineitä ovat asentohoito, ravitsemustilan ja ihon kunnon arviointi, haavariskin arviointi sekä erilaiset painehaava riskimittarit (Hietanen 2021a, 335). Ennaltaehkäisy on niin taloudellisesti, kuin inhimillisestikin paras keino minimoida painehaavoihin liittyviä haittoja (Hietanen 2021a, 334). Siun soten (2020, 12) strategian kriittisiksi menestystekijöiksi on nostettu esimerkiksi ennaltaehkäisy, vaikuttava hoito ja palvelu.

Siun soten käytössä on Bradenin riskiluokitusmittari (liite 1). Se on kansainvälisesti luotettavin painehaavojen riskiluokitusmittari (Hietanen 2021a, 342). Riskiluokitusmittareiden avulla arvioidaan mm. liikuntakykyä, ravitsemusta, yleistä terveydentilaa, ihon tuntoa ja kosteutta, (Hietanen ym. 2005, 190–193; Hietanen 2021a, 335; Hotus 2015, 12) sekä kitkaa ja kudosten venymistä (Hietanen 2021a, 335). Riskiluokitusmittareilla löydetään ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevat asiakkaat (Soppi 2010). Niiden käyttöönottamisen on todettu lisäävän valveutuneisuutta painehaavaongelmista (Hietanen ym. 2005, 190; Hotus 2015, 11). Mittari antaa lisäksi työkaluja hoitotyön strategian kokonaisvaltaiseen luomiseen (Hotus 2015, 5). Vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa tarvitaan hoitoon liittyvien haittojen välttämiseksi. Näyttöön perustuvat toimintaohjeet auttavat työntekijää arvioimaan, mitkä asiat asiakkaan hoidossa tulee huomioida. (Korhonen ym. 2018, 22, 108; Norwich University 2021.)

Ennaltaehkäisyn perustana on pidetty asennon vaihtoa kahden tunnin välein (Soppi 2010), vaikka tieteellistä taustaa tälle ei ole (Soppi 2020). Liikuntakyvottomän asiakkaan asennon vaihtoväli on yksilöllinen (Hietanen 2021a, 343; NHS 2020), vaihdellen 15 minuutista 2–4 tuntiin (NHS 2020). Asentohoidon merkitystä ei korvaa mikään apuväline (Hietanen ym. 2005, 196). Hoitotyöntekijällä

on päävastuu etsiä ja ottaa käyttöön sopivat ja tehokkaat ehkäisevät apuvälineet (Soppi 2010). Potilaan on pystyttävä luottamaan siihen, että hoitaja on sitoutunut kansallisten hoitosuositusten mukaiseen hoitoon tai niistä poiketessaan valmis perustelemaan ehdotuksensa asianmukaisesti. Kyky yhdistää perusosaamiseen liittyvä tieto ja tutkimusnäyttö sisältyy näyttöön perustuvan toiminnan osaamiseen ja hallintaan. (Korhonen ym. 2018, 28.)

Tavallisia sairaalan patjoja tutkitusti parempi vaihtoehto ovat erityisesti painehaavojen ehkäisyyn tarkoitettut patjat (Hietanen ym. 2005, 199). On olemassa koneellisia, ilmatäytteisiä patjoja ja istuinalusia (Hietanen ym. 2005, 200; Hietanen 2021a, 347, 350; NHS 2020), joita suositellaan suuren ja erittäin suuren riskin potilaille (Hietanen 2021a, 347). Matalanriskin ja keskiriskin potilaille soveltuvat polyuretaanivaahtopatjat, jotka muotoutuvat kehon painosta ja lämmöstä ja palautuvat hitaasti (Hietanen ym. 2005, 201; Hietanen 2021a, 346). Lisäksi on tavallisen patjan päälle laitettavia lisäpehmusteita, jotka soveltuvat matalan ja keskiriskin potilaille (Hietanen ym. 2005, 201; Hietanen 2021a, 347).

Siun sote on kuulunut KYS-ERVA-alueen patjasopimukseen keväästä 2017 alkaen. Intranetistä löytyvässä ohjeessa kerrotaan, kuinka sopiva makuualusta vuokrataan tai hankitaan suoraan sopimustoimittajalta. (Siun sote 2019a.) ”Estä painehaava” -työohje ohjaa makuu- ja istuinalustan valinnassa (liite 2). Tavallisia vaahtomuovipatjoja ei yksiköihin suositella enää hankittavaksi, vaan kaikki uudet patjahankinnat tulee tehdä sopimustuotteista, eli keskisuuren painehaavariskin potilaille sopiva patja korvaa vähitellen kaikki käytössä olevat patjat. (Siun sote 2019a.)

Lampaankarvoja ei suositella painehaavojen ennaltaehkäisyyn kovettumisen ja paakkuuntumisen vuoksi (Hietanen 2021a, 350). Hietasen (2021a, 350) ja Sopin (2020) mukaan myöskään rengastyynyjen käyttöä ei suositella. Rengastyyny aiheuttaa painetta kontaktialueelle, jolloin verenkierto renkaan keskiosan alueelle jäävissä kudoksissa heikkenee (Hietanen 2013, 325). Punoittaviin kohtiin, luu-ulokkeiden suojaksi sekä ihon rikkoutumisen ja kitkan välttämiseksi voidaan käyttää erilaisia haavanhoitotuotteita (Soppi 2020), kuten polyuretaanivaahtosidokset, (Hietanen & Juutilainen 2021, 354; NHS 2020; liite 2; Soppi

2020) läpinäkyvät kalvot (Hietanen & Juutilainen 2021, 354; NHS 2020; Soppi 2020) ja hydrokolloidisidokset (NHS 2020; Soppi 2020).

3.4 Painehaavan hoito ja kustannukset

Painehaavan hoito on kallista potilaalle ja yhteiskunnalle, ja se vie paljon aikaa hoitohenkilökunnalta, ja sen kanssa eläminen on potilaalle raskasta. Painehaavojen hoito on yleensä alkuvaiheessa aina konservatiivista ja paineen poistaminen haavan seudulta on tärkein perusasia. (Hietanen ym. 2005, 186, 194, 201; Hietanen & Juutilainen 2021, 352, 357.) Pelkkä paineen alentaminen ei enää riitä (Hietanen ym. 2005, 196). Vaihtuvapaineisen patjan käyttö pienentää painehaavojen kokoa huomattavasti tavallisen patjan käyttöön verrattuna (Qaseem, Humphrey, Forcica, Strakey & Denberg 2015, 373).

Painehaavan hoitolinjaa valitessa perustana kannattaa käyttää syvyysluokitusta, joka ohjaa eriasteisten painehaavojen hoitoperiaatteisiin. Ensimmäisen ja toisen asteen painehaavat usein paranevat paineen poistolla ja oikealla paikallishoidolla. Kolmannen ja neljännen asteen painehaavat usein vaativat nekroosin poiston ja infektion hoidon ennen uuden kudoksen kasvattamista esimerkiksi alipaineimuhoidon avulla. (Hietanen & Juutilainen 2021, 354.) Syvissä haavoissa saatetaan joutua kirurgisiin leikkauksiin (Hietanen & Juutilainen 2021, 354; NHS 2020). Hietanen & Juutilainen (2021, 354) ovat sitä mieltä, että syvien, kolmannen ja neljännen asteen painehaavojen hoidossa tulisi konsultoida lääkäriä hoitotavasta, mikäli tilanne ei kohennu 3 viikon sisällä.

Sopin (2020) mukaan vuositasolla Suomessa hoidetaan noin 55 000–80 000 yhden tai useamman painehaavan saanutta potilasta. Niistä aiheutuvat kustannukset terveydenhoitomenoista ovat noin 2–3 % eli 420–630 miljoonaa euroa. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytetyt kustannukset ovat vain noin 10 % hoidon kokonaiskustannuksista. (Soppi 2020.) Gefen (2018, 7) kertoo, että painehaavojen kustannukset kasvavat nopeasti väestön ikääntymisen ja kroonisten sairauksien leviämisen myötä. Hoitohenkilökunnan työ on haavanhoidon kallein osa muodostaen kuluista 80–90 % (Juutilainen 2021b, 14). Näyttöön

perustuva toiminta vähentää tehokkaasti terveydenhuollon ammattilaisten kuluttamaa aikaa ja resursseja eli hoidon kustannuksia (Norwich University 2021).

Lagus (2020, 22) on sitä mieltä, että pidemmällä aikavälillä ennaltaehkäisy on edullisempaa verrattuna oletettuun nykytilanteeseen, vaikka ennaltaehkäisyn tuotteet ja työ kustannuksia lisäävätkin. Näyttöön perustuvat käytännöt vähentävät hoidon komplikaatioiden mahdollisuutta, joista voisi seurata korkeampia terveydenhuollon kustannuksia (Norwich University 2021). Painehaavojen kustannusten tutkiminen Suomessa on hankalaa, koska diagnoosi usein puuttuu. THL:n laaturekistereihin kuuluva valtakunnallinen haavarekisteri ei ollut vuonna 2020 käytössä kuin TAYS:ssa. (Lagus 2020, 20.) Belgiassa on tutkittu painehaavojen ennaltaehkäisyn ja hoidon kustannuksia. Suurimmaksi kustannuseräksi todettiin työvoima. Koska terveydenhuollon resurssit painehaavojen ennaltaehkäisyyn ovat rajalliset, tulisi niitä käyttää mahdollisimman tehokkaasti. Tutkimuksessa todettiin, että painehaavojen leikkaushoito nostaa hoidon kustannuksia. Lisäksi havaittiin, että painehaavojen hoitoon osallistuville hoitajille tulisi antaa tietoa materiaalien hinnoista, että he voisivat arvioida eri hoitovaihtoehtojen kustannuksia ja hyötyjä. (Demarré ym. 2015, 1176–1177.)

4 Hoitotyön verkosto

4.1 Hoitotyön verkoston luominen

Tieto- ja viestintäteknologian huima ja nopea kehitys ovat mullistaneet elämän ja vieneet kohti verkostojen aikakautta (Sydänmaanlakka 2015, 167). Digitalisaatio tarkoittaa monenlaisen toiminnan siirtymistä hoidettavaksi tietotekniikan avulla. Kehitys heijastuu myös osaamisvaatimukseen. (Tuomivaara, Ala-Laurinaho & Perttula 2019, 36, 65; Viitala 2021, 245–255.) Megatrendi tarkoittaa pitkäaikaista, maailmanlaajuisia kehityssuuntaa, jolla on suuri vaikutus yhteiskuntaan (Dufva 2020, 6; Hiltunen 2012, 79; Viitala 2021, 254). Merkittävimpiä megatrendejä 2020-luvulla ovat digitaalisen teknologian käyttäminen vuorovaikutuksessa ja palveluissa (Dufva 2020, 3, 38). Siun soten strategian mukaan

tiedon hyödyntäminen, vaikuttavuuden esille tuominen ja järjestelmän rakentaminen digitalisaation avulla vapauttaa resursseja oleelliseen, eli hyvinvointia lisäävään työhön ja asiakkaiden kohtaamiseen. Näin olemassa olevat resurssit voidaan hyödyntää tehokkaammin. Lähipalveluiden tarve ei kuitenkaan katoa. Eräs strategian tavoite on, että asiakkaita koskevat päätökset tehtäisiin mahdollisimman lähellä asiakasta, teknologian tuella. (Siun sote 2020, 6.)

Verkostoilla ja vuorovaikutuksella on yhä enemmän merkitystä tulevaisuudessa (Dufva 2020, 38). Yhtenä tärkeänä menestymisen edellytyksenä onkin kyky toimia verkostoissa (Sydänmaanlakka 2015, 167). Verkostoituminen on yhdessä kehittymistä, joka vaatii voimavaroja, aikaa ja sinnikkyyttä (Harinsalo 2021, 222). Verkostojen etuja ovat joustavuus (Lerssi-Uskelin, Törhönen, Järvensivu, Niemi & Järvinen 2017, 17; Mäkisalo 2004, 138), luovuus ja edellytykset moniammatillisille kehittämis- ja yhteistöille (Mäkisalo 2004, 138). Verkostoissa voidaan vaihtaa hyviä käytäntöjä ja kokemuksia sekä saada uusia näkökulmia. Kyse ei ole pelkästään tiedon levittämisestä, vaan myös uudesta, yhdessä luodusta tiedosta. (Toikko & Rantanen 2009, 17, 88.) Mönkkösen & Niirasen (2021, 55) mukaan verkostoituminen mahdollistaa monitahoisemman ongelmanratkaisun sekä ajatusten vertailemisen.

Tilastokeskuksen vuoden 2018 työolotutkimuksen mukaan 90 % palkansaajista käytti digitaalisia sovelluksia työssään (Sutela, Pärnänen & Keyriläinen 2019, 82). Työtä tehdään enenevässä määrin paikasta ja ajasta riippumattomasti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 13). Yhä useammin työyhteisöissä ja projekteissa hyödynnetään virtuaalitiimejä, jotka voivat jakaantua jopa eri maihin (Mäntyneva 2016, 27–28; Vargas 2014, 177). Linturi & Kuusi (2018) korostavat, että etänä vaikuttamisen avulla alueet laajenevat virtuaalisesti ja vuorovaikutus tehostuu. Näin voidaan lisätä osallisuutta ja parantaa alueellista tasa-arvoa samalla, kun matkustustarve vähenee. (Linturi & Kuusi 2018, 114.) Myös Bradt & Davis (2014, 89) toteavat, että videoneuvotteluilla voidaan viestiä sanoja, sävyjä ja kehonkieltä ilman matkustamista. Useat organisaatiot ovat jo tehneet tai parhaillaan tekemässä siirtymän organisaatiosta verkostoitumiseen, ja ovat näin vähentäneet vuorovaikutuskustannuksia (Harinsalo 2021, 235).

Verkostotyö on omaehtoisten toimijoiden välistä yhteistyötä, joka on pitkäkestoisista, vastavuoroista ja luottamukseen perustuvaa (Järvensivu 2019, 37; Lerssi-Uskelin ym. 2017, 7). Yhteistyö ja avoimuus ovat verkostoitumisen perusideoita (Lerssi-Uskelin ym. 2017, 8; Mäkisalo 2004, 136), ja tavoitteet saavutetaan toimijoiden sitoutuneisuudella (Lerssi-Uskelin ym. 2017, 17). Luottamus syntyy yhdessä tekemisestä ja sen rakentuminen on jokaisen toimijan vastuulla (Lerssi-Uskelin ym. 2017, 17; Wahlsberg 2020, 48). Mikäli luottamusta ei ole, tiedonvaihto ja yhteinen oppiminen jää vähäiseksi. Jos verkoston toimintaan ei sitouduta, jää käytännön toteutuminen vähäiseksi. (Järvensivu 2019, 227.) Verkostoitumista voidaan ajatella kumppanuuden oppimisprosessina. Usein se alkaa pienesti, ja myönteisten kokemusten myötä kasvaa. (Harinsalo 2021, 224.) Jalava (2020, 65) korostaa luottamuksen ja yhteenkuuluvuuden rakentamista sekä ylläpitämistä kaikkein olennaisimpina tekijöinä verkoston toimivuudelle. Omaehtoiset toimijat päättävät itse omat toimitapansa, tavoitteensa, prioriteettinsa sekä sen millä tavalla he osallistuvat (Järvensivu 2019, 37).

Verkostotyön vaikutuksia on syytä arvioida yhdessä. Tulokset perustuvat toistuvaan joustamiseen ja muutokseen sekä eri tekijöiden muodostamiin ennakoimattomiin yhteisvaikutuksiin. Verkostoiden toiminta perustuu tulevaisuuteen luottamiseen ja yhteistyön hyödyllisyyteen siitäkin huolimatta, ettei verkoston vaikuttavuutta pystytä täysin todentamaan etu- tai jälkikäteen. (Järvensivu 2019, 230.) Eri tahojen verkostomainen yhteistyö on edellytys digitaalisten ratkaisujen ylläpitämiselle ja kehittämiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 24–25). Verkostossa tapahtuva päätöksenteko perustuu avoimuuteen sekä osallistuvaan toimintaan. On varmistettava, että päätöksenteko perustuu tutkittuun tietoon ja hyviin käytäntöihin. (Lerssi-Uskelin ym. 2017, 9.) Nykyisin asiantuntijuiden käsitys on muuttumassa enemmän jaetun asiantuntijuuden suuntaan moniammatillista työtä tehtäessä (Mönkkönen & Niiranen 2021, 53).

Vuorovaikutus on parhaimmillaan, kun jokainen jakaa omaa osaamistaan, mutta samalla arvostaa toisen osaamista (Valtioneuvosto 2019, 20). Verkosto tulee saada toimimaan niin, että jokaisella siihen osallistuvalla on yhtenäiset mahdollisuudet niin arvojen luomiseen kuin verkoston toimintaa koskevaan päätöksentekoonkin (Harinsalo 2021, 223). Toisten tunteminen auttaa havaitsemaan sen

osaamisen, mitä verkostosta löytyy (Järvensivu 2019, 227). Vaikka verkostossa työskennellään pääosin tasavertaisesti, voi verkostossa olla vaikutusvaltaisempia toimijoita, mutta yksikään ei ole täysin yksinvaltainen (Järvensivu 2019, 24; Valtioneuvosto 2019, 15). Tilanteen mukaan verkostoissa tarvitaan välillä itseohjautuvuutta, välillä ohjaamista. On tärkeää pohtia verkoston kanssa yhdessä, millaista johtamista milloinkin tarvitaan. (Järvensivu 2019, 28.)

Muutoksesta on tullut arkipäivää ja se vaatii kaikilta jatkuvaa sopeutumista ja uusitumista (Kauhanen 2010, 144). Muutosvastarinnalla on tärkeä rooli, koska jos muutoksen vaikutuksia työhön ei pohdiskeltaisi, voisi jokin tärkeä asia jäädä huomioimatta. Kun muutokseen liittyviä pelkoja ja kritiikkiä otetaan esille, on niiden vaikutuksia mahdollista hallita. Henkilökunnan sitoutumista ja motivaatiota saadaan lisättyä ottamalla heidät mukaan muutosten suunnittelu- ja toteutusvaiheeseen. Näin he ovat mukana vaikuttamassa lopputulokseen. (Kallankari 2019, 86, 137.) Uusien toimintatapojen omaksuminen vaatii seurantaa ja arviointia. Esihenkilön tehtävä on olla innostunut, kannustava tukija. Esihenkilön oma myönteinen asenne on edellytys muutoksen onnistumiselle. Onnistuminen vaatii esihenkilöltä myös sitkeyttä ja valmentavaa läsnäoloa. (Hantikainen & Hoivala 2017, 55–56.)

4.2 Hoitotyön verkoston johtaminen

Johtamisen tavoitteena on päästä toiminnassa haluttuun päämäärään. Tavoitteet saavutetaan johtamalla ja tärkeää on se, kuinka johdetaan. Nykyään tavoiteltavina johtamisoppeina pidetään ihmisslähtöistä ja itseohjautuvuutta vahvistavaa mallia, kuten mahdollistava ja valmentava johtaminen. Vastuuta ja valtaa annetaan myös yksilöille ja ryhmille. (Viitala & Jylhä 2019, 11,12, 52.) Verkostojohtamisen keskeisimpinä menestystekijöinä pidetään keskinäistä luottamusta (Bradt & Davis 2014, 87; Järvensivu 2019, 227) ja avoimuutta (Järvensivu 2019, 227; Niiranen 2015, 143). Tavoitteena voi olla toimintakulttuurin vakiinnuttaminen, vaikka tavoitteet harvoin ovat yksiselitteisiä. Verkoston johtamiselta odotetaan luottamuksen lisäämistä, yhteisyyden luomista sekä sisäisen avoimuuden edistämistä. (Niiranen 2015, 133–135.) Bradt & Davis (2014) mukaan

esihenkilön tärkein tehtävä on vahvistaa visiota ja arvoja. Ryhmän kasvaessa esihenkilö tekee vähemmän ja puhuu enemmän. Visioita ja arvoja on ohjattava yhä uudelleen ja uudelleen. (Bradt & Davis 2014, 207.) Yhtä lailla verkoston johtamisella täytyy säilyttää monimuotoisuutta, eli antaa tilaa kaikille näkemyksille ja erilaisille tietoperustoille. Yksilöiden oma asiantuntijuus kehittyy, kun johtamisella tuetaan verkostoa olemaan asiantuntijoiden yhteisö. Sosiaali- ja terveyspalveluissakin voimistuu asiantuntijatiedon merkitys, ammattiryhmien sisälle tulee erityisosaamista edellyttäviä tehtäviä. (Niiranen 2015, 135, 140, 142.)

Niirasen (2016, 306) mukaan verkostojen johtaminen ja niissä toimiminen ovat eräitä ajankohtaisimmista johtamista koskevista osaamistarpeista. Tulevaisuudessa esihenkilön työ edellyttää enenevässä määrin virtuaalisiin tiimeihin osallistumista ja niiden johtamista (Vargas 2014, 177). Verkoston johtamiseen kuuluu verkoston sisäisen yhteistyön tukeminen, sekä yhteisyyden luominen (Niiranen 2016, 308). Verkostonjohtamisella tuetaan dialogisuutta, että luottamuksen ja tietojen vaihdon avulla muodostuisi yhteisen oppimisen ilmapiiri. Yhteinen tietotalusta voi olla työpaja, seminaari tai sähköinen alusta (Järvensivu 2019, 107–108), jossa kommunikaatio tapahtuu digitaalisilla viestintävälineillä (Järvensivu 2019, 108; Viitala 2021, 255). Esihenkilöiden on tärkeää tunnistaa erilaiset verkostot, niiden toiminta sekä niiden tarjoama hyöty (Sydänmaanlakka 2012, 76). Parhaimmillaan organisaatio saa verkostoitumisen avulla enemmän aikaan vähemmällä resursseilla. Verkoston johtaminen eroaa organisaation johtamisesta siten, että verkostoitumisessa kyseessä ovat enemmänkin sopimukset kuin käs-kyyvaltasuhteet. Kumppaneille on kerrottava muutoksista hyvissä ajoin, koska he rajoittavat valinnanvapautta. (Harinsalo 2021, 222, 225.)

Valmentava johtaminen tarkoittaa esihenkilön ja työntekijän välistä vuorovaikutussuhdetta, jossa kehittämisen tavoista, keinoista ja esteistä käydään avointa keskustelua (Kupias ym. 2014, 139). Valmentavan johtamisen avulla työntekijä ottaa vastuuta omasta kehitymisestään (Kupias ym. 2014, 139; Viitala 2008, 310). Tämä auttaa sitoutumaan kehittämiseen ja saa näin aikaan tehokkaampaa ja vaikuttavampaa kehittämistä. Valmentavan esihenkilön tehtävänä on toimia oppimisen ohjaajana, ei opettajana. Tehokkuus ammennetaan johtamisen kohteesta eli työntekijästä, ja esihenkilö auttaa kirkastamaan ja konkretisoimaan

työntekijän tavoitteita, auttaa löytämään keinoja niiden saavuttamiseksi sekä hankkimaan tarvittavan avun tai voimavarat. Valmentava johtaminen edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja sekä kykyä toimia työntekijän peilinä. (Kupias ym. 2014, 139, 141–142.) Tehtävä vaatii myös paljon kannustavaa palautetta sekä on tuotava esiin myös työntekijän toiminnan epäkohtia, mikä vaatii myös molemminpuolista luottamusta (Kupias ym. 2014, 142; Viitala 2008, 311, 317).

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on yhdenmukaistaa painehaavojen hoitokäytännöt Pohjois-Karjalan maakunnan alueella niin, että jokainen asiakas saa näyttöön perustuvaa hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on kyselyn avulla tuottaa tietoa maakunnan haavavastaavien tiedoista, taidoista ja asenteista sekä esihenkilöiden tuesta liittyen painehaavoihin, niiden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon. Kyselyn avulla on tarkoitus luoda haavavastaavien toiveita ja odotuksia vastaava verkosto. Haavavastaavilla tarkoitetaan tehtävään nimettyjä, Siun soten erilaisissa yksiköissä toimivia hoitotyöntekijöitä.

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on:

1. Selvittää haavavastaavien tietoja, taitoja ja asenteita painehaavoihin liittyen.
2. Saada tietoa lähiesihenkilöiden tuesta ja sen merkityksestä painehaavojen ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa.
3. Luoda haavavastaavien toiveita vastaava verkosto, missä vastaavat voivat verkostoitua ja saada sekä vaihtaa tietoa painehaavoihin liittyen.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Siun soten painehaavatyöryhmä. Tämä moniammatillinen työryhmä on perustettu painehaavojen ennaltaehkäisyyn edistämiseksi. Työryhmä ottaa vastaan ehdotuksia kehittämiskohteista. Tarkoitus on luoda uusi verkosto nykyisille haavavastaaville. Jatkossa tätä voidaan käyttää näyttöön perustuvan hoitotyön johtamisen tukena muun muassa uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Verkoston ei ole tarkoitus korvata nykyisiä koulutuksia vaan täydentää niitä. Uuden verkoston luominen painehaavojen

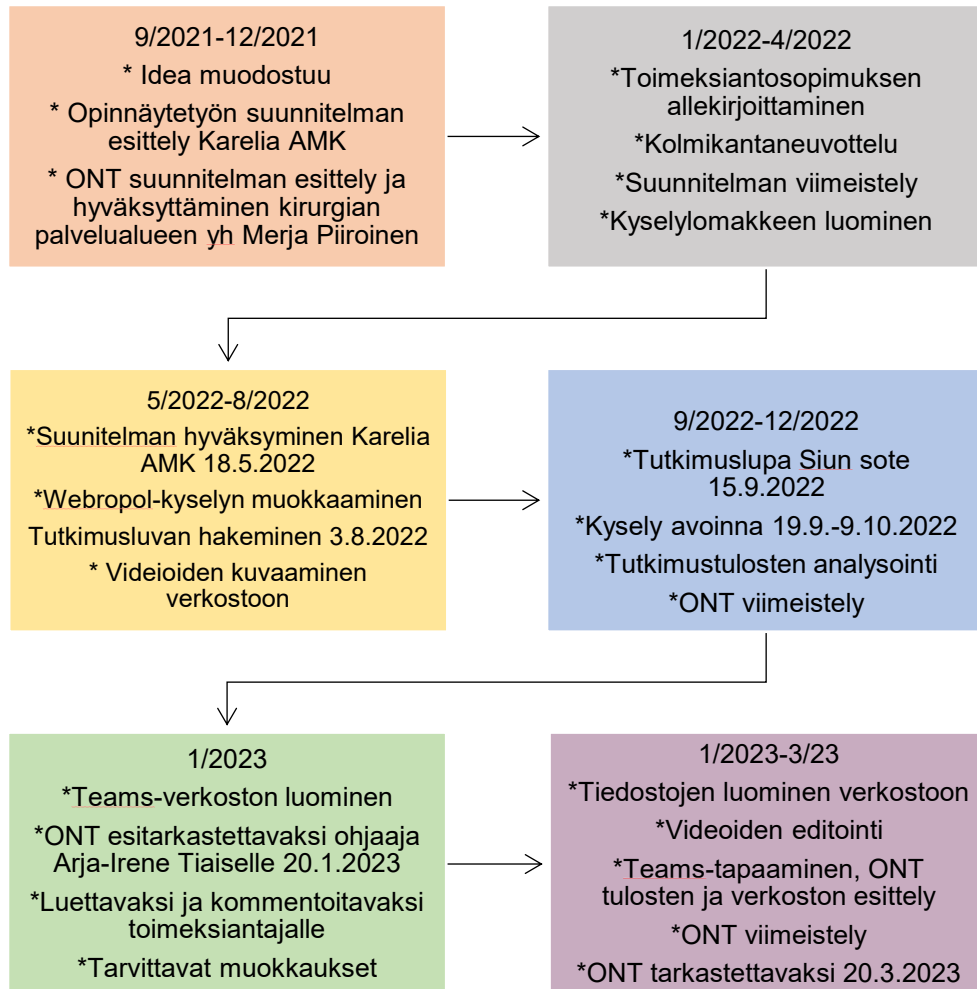
ennaltaehkäisyyn, tunnistamisen ja hoidon koulutusta varten tukee Siun soten strategiaa hyvin ja on ajankohtainen aihe. Verkoston avulla koko maakunnan alueen haavavastaavat saavat oikeanlaisen tiedon nopeasti, ja lisäksi hyviä käytäntöjä voidaan vaihtaa eri yksiköiden välillä välimatkasta huolimatta.

Vuoden 2023 alussa Siun sote organisaatio muuttui Pohjois-Karjalan hyvinvointialueeksi. Opinnäytetyö on tehty pääosin Siun sote organisaation aikana ja tekstissä viitataan näin ollen Siun soteen. Tässä työssä käytetään sanaa asiakas kuvaamaan niin asiakasta, potilasta, asukasta kuin kuntoutujaa. Hoitaja/hoitotyöntekijä nimikkeellä tarkoitetaan sairaanhoitajaa, lähihoitajaa, terveydenhoitajaa sekä kättilöä. Lähiesihenkilöllä tarkoitetaan työyksikön lähiesihenkilöä, kuten osastonhoitajaa. Esihenkilö on ilmaus johtajalle/esihenkilölle, termi kattaa sekä lähi-, keski- että ylemmän johdon.

6 Opinnäytetyön prosessi ja toteuttaminen

6.1 Opinnäytetyön suunnittelu, sisältö ja toteuttaminen

Opinnäytetyön idea syntyi pian opintojen alkamisen jälkeen. Vinkki aiheesta saatiin Siun soten painehaavatyöryhmältä, joka on opinnäytetyön toimeksiantaja. Opinnäytetyön tekemistä on aikataulutettu töiden, koulupäivien ja muiden tehtävien mukaan. Työ on tehty pääsääntöisesti Teams-sovelluksella, jolloin opinnäytetyötä on pystytty tekemään etänä, yksin tai yhdessä muokaten kuitenkin samaa tiedostoa. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyö prosessi vei aikaa noin 1½ vuotta (kuvio 1). Kesällä 2022 pidettiin noin kuukauden mittainen tauko työn tekemisestä, muutoin opinnäytetyötä on tehty koko ajan muiden opintojen rinnalla. Osittaista opintovapaata pidettiin 3.10.-31.12.2022 välisenä ajanjaksona, jolloin aikaa jäi enemmän muun muassa tulosten analysointiin.



Kuvio 1. Opinnäytetyön prosessin eteneminen

Viimeisin vaihe opinnäytetyössä on toiminnallinen: Teams-verkoston luominen, erilaisten tietojen kokoaminen ja laatiminen sekä viimeisenä yhden Teams-kokouksen pitäminen helmikuussa 2023, siinä esiteltiin opinnäytetyön tulokset sekä verkostoon tuotettu tietopankki. Opinnäytetyö on tehty omakustanteisesti. Kaikkien Webropol -kyselyssä yhteystietonsa jättäneiden kesken arvottiin kolme 10 euron arvoista S-kaupan lahjakorttia. Lahjakortit hankittiin itse. Opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen kuuluvassa verkoston aloituskokouksessa lisättiin keskustelualueelle kysymys, jossa etsitään hyviä ideoita Bradenin riskiluokitusmittarin käyttöasteen nostamiseksi. Painehaavatyöryhmä lupasi palkita parhaan vastauksen. Vastausaikaa kysymykseen oli helmikuun 2023 loppuun saakka. Tässä opinnäytetyössä ei näitä vastauksia esitellä.

6.2 Kyselyn suunnittelu, sisältö ja toteuttaminen

Opinnäytetyön kyselyn suunnittelu aloitettiin varhaisessa vaiheessa. Taustana käytettiin Siun soten painehaavaprevalenssin (Siun sote 2021) vastauksista nousseita ajatuksia. Opinnäytetyössä tutkittiin koko perusjoukkoa, koska haavavastaavia on noin 200, mikä sopii kvantitatiivisen tutkimuksen otoskooksi. Kysely luotiin Webropol -ohjelmalla, jolla aineisto myös analysoitiin. Kyselylomakkeesta tuli viisi sivua pitkä. Viimeisellä sivulla on viisi kysymystä, muilla sivuilla kahdeksan. Vallin (2015, 43) mukaan kyselyn maksimipituus on viisi sivua. Kysymykset järjestettiin kokonaisuudeksi niin, että ensin kysyttiin taustatietoja, sitten tietopohjaa, seuraavaksi kysyttiin kollegoiden ja lähiesihenkilöiden tuesta painehaavojen ennaltaehkäisyä kohtaan ja lopuksi odotuksia tulevaa haavavastaavien verkostoa koskien. Valli (2015, 43) on sitä mieltä, että helpot kysymykset kannattaa laittaa lomakkeen alkuun ja arkaluontoiset loppuun.

Kyselylomake on aina testattava ennen varsinaista tutkimusta (Bryman 2008, 247; Heikkilä 2014, 58; Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2020, 26; Vilkkä 2015, 108). Lomakkeen esitestauksella voidaan arvioida saatujen vastausten tarkoituksenmukaisuutta, parantaa kyselyn muotoa tai järjestystä ja parantaa tutkimuksen validiutta ja reliabeliutta (Tähtinen ym. 2020, 29–30). Testaajien olisi hyvä pohtia, onko kaikki tarpeelliset kysymykset esitetty, onko mukana jotain tarpeetonta, miten selkeitä kysymykset ovat ja onko täyttämiseen kulunut aika kohtuullinen (Heikkilä 2014, 58; Vilkkä 2015, 108). Kysely lähetettiin testattavaksi kuudelle eri yksikössä työskentelevälle hoitajalle, joista viisi vastasi ja antoi palautetta määräaikaan mennessä. Tämä vahvisti sen, että muistutus oli syytä lähettää myös varsinaiseen kyselyyn vastanneille. Testikyselyn avulla varmistettiin lomakkeen toimivuus sekä tietokoneella että puhelimella. Valli (2015, 47) ja Valli & Perkkilä (2018, 118) painottavat, että kyselyä laadittaessa on hyvä varmistaa, että se toimii myös tabletilla ja matkapuhelimella.

Testivastaajilta saadun palautteen mukaan saatekirje oli selkeä ja antoi kuvan tulevasta tutkimuksesta sekä sen tavoitteista. Saatekirjeeseen lisättiin tieto, että kyselyn tulokset julkaistaan tulevassa haavavastaavien verkostossa. Palautteen perusteella muokattiin muutamaa kysymystä selvemmäksi. Lisäksi laitettiin

”tallenna ja jatka myöhemmin” -painike jokaisen sivun loppuun, ei joka kysymyksen loppuun. Testaajilta vastaamiseen meni 10–15 minuuttia. Palautteen mukaan myös kysely oli selkeä ja siihen oli helppo vastata. Avoimien kysymysten määrä koettiin sopivaksi. Kysymykset on luokiteltu muutamaa eri ryhmään, kuten taustatietoihin ja verkostoon. Vastajat kokivat järjestyksen johdonmukaisena. Henkilö, joka ei ole työskennellyt haava-asiakkaiden parissa koki kyselyyn vastaamisen vaikeaksi ja aihepiirin sekä kyselyssä käytetyt termit vieraaksi. Tästä syystä lisättiin kysymys ” Oletko perehtynyt Siun soten ”estä painehaava” -työohjeeseen. Oikea vastaus moneen kysymykseen löytyy kyseisestä työohjeesta.

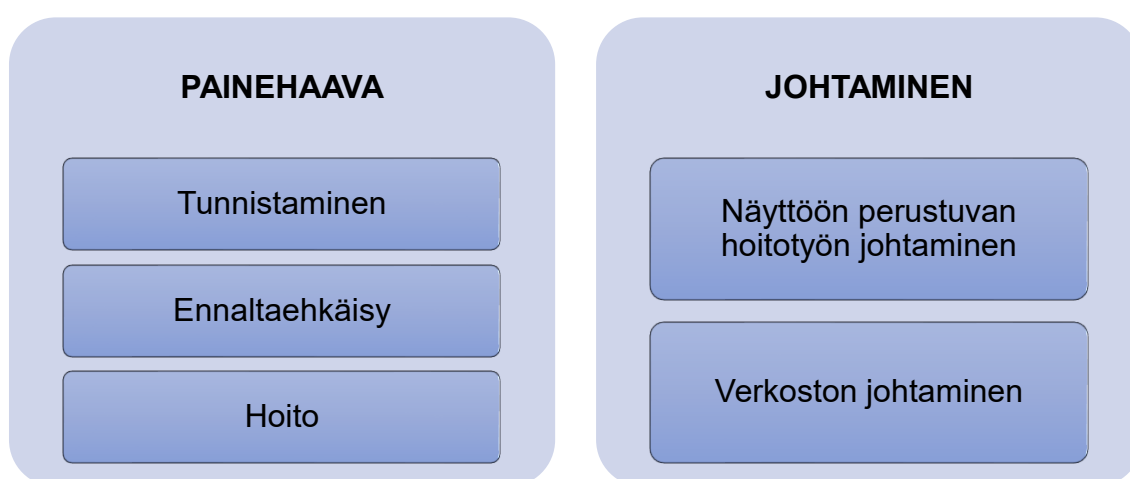
Testikyselyn perusteella kysymys 8:n vaihtoehdot muokattiin eri järjestykseen aloittaen perehdytyksestä, viimeiseksi vaihdettiin erikoistumisopinnot. Kysymyksestä 12 otettiin vaihtoehto ”miellyttävä” pois. Kysymyksistä 16 ja 17 otettiin pois vastausvaihtoehto ”en tiedä”. Kysymystä 36 muokattiin, koska koettiin vaikeaksi ymmärtää mihin painehaavoja käsittelevään osioon kysymyksessä viitattiin. ”Mitä muuta haavanhoitoon liittyvää tietoa odostat jatkossa verkostolta, kun tämä painehaavoihin liittyvä ensimmäinen osio on saatu valmiiksi?” vaihdettiin muotoon ”Mitä muuta haavanhoitoon liittyvää tietoa toivoisit jatkossa haavavastaavien verkostolta, kun tämä opinnäytetyöhömme liittyvä painehaavoja käsittelevä osio on saatu valmiiksi?”.

Kysely oli avoinna 19.09.2022 - 09.10.2022 Pohjois-Karjalassa toimivan Siun sote organisaation 187 haavavastaavalle. Kyselyyn vastaamisen jälkeen lomake ohjasi onnistuneesti arvontasivulle, ja lomakkeelle ohjelmoitu hyppysääntö toimi. Arvontasivulle siirtävää aikaa lyhennettiin yhteen sekuntiin, kun se aiemmin oli kolme sekuntia. Varsinaisessa kyselyssä arvontaan tietonsa antaneita oli 28. S-ryhmän lahjakortit (3 kpl) arvottiin internetistä löytyneellä ilmaisella arvontakoneella, jonka jälkeen yhteystiedot lähettämistä varten kysyttiin sähköpostilla ja lahjakortit postitettiin voittajille.

7 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

7.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä (kuvio 2) ovat painehaavojen tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyvät asiat. Keskeisiä käsitteitä johtamiseen liittyvästä näkökulmasta ovat näyttöön perustuvan hoitotyön ja verkoston johtaminen.



Kuvio 2. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.

Vilkan (2015) mukaan ammattikorkeakouluissa tehtävän tutkimustyön tulisi olla työelämälähtöistä, ajankohtaista ja käytännönläheistä. Kun tehdään tutkimusta työelämään, on se soveltavaa tutkimusta, jonka tavoitteena on yhdistää ammatikäytäntöjä, kokemuksia ja teoriaa. (Vilka 2015, 16–19.) Toiminnallinen opinnäytetyö on tutkimukseen pohjautuvaa kehittämistoimintaa, joka on lähtöisin ammattikäytännöistä (Vilka 2021, 32). Tutkimuskohteena voi olla uusien palvelujen, käytäntöjen tai ajattelutapojen luominen tai nykyisten kehittäminen (Heikkilä 2014, 26; Toikko & Rantanen 2009, 14–16; Vilka 2015, 18–20).

Tietoperusta ja käsitteet antavat näkökulman, josta tutkimusaineistoa tarkastellaan. Niiden avulla luodaan uutta tietoa. Lisäksi niiden avulla voidaan perustella ja kuvata tuloksia sekä johtopäätöksiä. Opinnäytetyön tekijän täytyy yhdistää aineistosta saadut havainnot teoriapohjaan, näin syntyy uutta tietoa. (Vilka 2021,

37–38, 49.) Toikko & Rantasen (2009, 57) mukaan on tärkeää pohtia, miksi jostakin täytyy kehittää juuri tällä hetkellä. Voidaan esimerkiksi osoittaa, että ammatilliset käytänteet kaipaavat muutosta tai ovat muuttuneet (Vilkka 2015, 77). Mikäli kohdeyleisö ei näe kehittämiskysymystä mielenkiintoisena, kehittämisen tulos on harvoin pysyvä. Kehittämisen perustelu kohdeyleisön näkökulmasta on kehittämistoiminnan perusta ja sen tulisi kohdistua siihen mikä ihmisiä oikeasti kiinnostaa. (Toikko & Rantanen 2009, 75.) Toiminnallisesta opinnäytetyöstä tulee merkityksellinen kohderyhmälle, kun heitä osallistetaan jo tekovaiheessa. Kohderyhmän mukaan ottaminen helpottaa myös työn jalkauttamista. (Vilkka 2021, 34.)

7.2 Kvantitatiivinen tutkimusote

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkoitus on tuottaa numeraalista tietoa ja tämä onnistuu, jos tutkittava asia on mahdollista muuttaa mitattavaan muotoon (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2018, 140; Vilkka 2015, 66–67). Kyselylomake on kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmin käytetty aineiston keruumenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114; Valli 2018a, 261; Valli 2015, 41). Kyselylomakkeen kysymysten täytyy nousta tutkimusongelmista ja tutkimuksen tavoitteista (Bryman 2008, 239; Heikkilä 2014, 45; Valli 2018b, 93; Valli 2015, 42; Vilkka 2015, 101).

Saatekirje on tärkeä osa tutkimusta (Vehkalahti 2014, 48; Vilkka 2015, 189) ja sen tehtävänä on perustella tutkimuksen tärkeää merkitystä (Vilkka 2015, 189) ja motivoida tutkimuksen kohde osallistumaan (Heikkilä 2014, 59; Vilkka 2015, 189). Saatekirjeessä sekä sen mukana toimitettavassa kyselylomakkeessa on kolme piirrettä, joiden perusteella tutkittava tekee päätöksensä. Ne ovat visuaalinen ilme, saatekirjeen sisältö sekä kyselylomakkeen laajuus. Sen lisäksi, että ulkoasulla motivoidaan vastaamaan kyselyyn, saatekirjeen ja kyselylomakkeen visuaalinen ilme on osa tutkimuksen tekijän, sen tilaajan markkinointia. (Vilkka 2015, 189–190.) Saatekirjeessä tulee kertoa, mihin tarkoitukseen tietoa kerätään, sekä miten saatuja tuloksia käytetään (Vehkalahti 2014, 47; Vilkka 2015, 191). Tutkimuksen kohteelle täytyy perustella, miksi juuri hänen

osallistumisensa on tärkeää. Hän saattaa olla vaikkapa kanta-asiakas tai koko toiminnan avainhenkilö (Vilkkä 2015, 191).

7.2.1 Otos ja kysely

Havaintoyksiköillä tarkoitetaan tutkittavaa kohdetta, esimerkiksi ihmistä. Perusjoukko tarkoittaa kaikkia niitä havaintoyksiköitä, joista tietoa halutaan. Tutkimukseen voidaan valita perusjoukosta joko kaikki tai sitten vain osa eli otos. (Vilkkä 2015, 98.) Otoksen koolle ei ole olemassa tiettyä määrää, vaan se tulee suhteuttaa perusjoukon kokoon. Lähtökohtana kuitenkin on kolminumeroinen luku. Mikäli on mahdollista tutkia koko perusjoukko, puhutaan kokonaistutkimuksesta. (Heikkilä 2014, 31; Valli 2015, 22–23.) Kyselylomakkeeseen vastanneiden määrää kutsutaan toteutuneeksi otokseksi (Vilkkä 2015, 100).

Haasteeksi saattaa muodostua tutkittavien saatavuus. Henkilöstölle suunnattujen kyselyiden tulokset voivat jäädä niukoiksi, mikäli aikaa vastaamiseen ei löydy työaikana. Määriteltäessä otoskokoa on hyvä ottaa huomioon myös kato. Kato tarkoittaa tilannetta, jossa kaikkia tutkittavia ei saada mukaan tutkimukseen, eli tutkittava ei jostain syystä vastaa kyselyyn. (Heikkilä 2014, 42; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 107.) Katoa voidaan vähentää houkuttelevalla kyselylomakkeella, helpolla palauttamistavalla ja motivoivalla saatekirjeellä (Heikkilä 2014, 42). Uusintakyselyn lähetys saattaa pienentää katoa (Heikkilä 2014, 42; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 109).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin, eli kyselylomakkeen suunnittelu on tärkein asia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114; Vehkalahti 2014, 20; Vilkkä 2015, 105). Vallin (2018a, 261) ja Vehkalahden (2014, 20) mukaan tutkimuksen ainoa peruuttamaton vaihe on aineiston keruu. Kyselylomakkeen voi toteuttaa sähköisenä, esimerkiksi Webropol-sovelluksella. Se sopii hyvin aineiston keräämisen välineeksi, kun tietoa halutaan tutkittavien kokemuksista, asenteista, arvoista ja mielipiteistä. (Tähtinen ym. 2020, 25.) Verkkokysely voidaan toteuttaa niin, että on olemassa joku sähköpostilista kyselyn perusjoukosta, joille kysely lähetetään (Valli & Perkkilä 2018, 119). Erilaisten tutkimus- ja

tiedonkeruuohjelmien avulla voidaan toteuttaa koko tutkimus kyselyn laatimisesta tulosten käsittelyyn saakka (Heikkilä 2014, 120).

Kyselylomaketutkimus sopii hyvin hajallaan olevalle ja suurelle joukolle ihmisiä. Etuna on, että vastaaja jää aina anonymiksi, ja haittapuolena on se, että vastausprosentti saattaa jäädä matalaksi. (Hirsjärvi ym. 2018, 195–196.) Valli & Perkkilän (2018, 117) mukaan verkkokyselyiden vastausprosentti on kuitenkin viime vuosikymmeninä parantunut. Verkkokyselyn vahvuuksia ovat keruuvaiheen nopeus, (Heikkilä 2014, 66; Tähtinen ym. 2020, 25; Valli 2015, 47; Valli & Perkkilä 2018, 118) edullisuus (Tähtinen ym. 2020, 25; Valli 2018b, 101; Valli 2015, 47; Valli & Perkkilä 2018, 118) sekä aineiston syöttämiseen liittyvä lyöntivirheiden poistuminen, (Valli 2018b, 101; Valli & Perkkilä 2018, 118) mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta (Valli & Perkkilä 2018, 118). Ensimmäinen asia mitä täytyy pohtia, kun aletaan laatia kyselylomaketta, on se minkälaiset henkilöt tulevat kyselyyn vastaamaan (Valli 2015, 42). Taustatietoja tulee kysyä niin yleisluontoisesti, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan (Heikkilä 2014, 55).

Kyselylomakkeessa voi olla avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai sekamuotoisia kysymyksiä (Heikkilä 2014, 47–50; Vilka 2015, 106). Kysymysten muotoilussa täytyy olla huolellinen, koska niiden väärä muotoilu aiheuttaa tuloksiin eniten virheitä (Valli 2018b, 93). Kyselylomakkeen kysymykset eivät saa olla johdattelevia (Tähtinen ym. 2020, 28; Valli 2018b, 93), niistä täytyy poistaa väärinymmärtämisen mahdollisuus (Valli 2018a, 261; Valli 2015, 42), niiden tulee olla yksiselitteisiä, selkeitä, ymmärrettäviä (Heikkilä 2014, 54; Tähtinen ym. 2020, 28–29) ja yksinkertaisia (Heikkilä 2014, 54; Valli 2015, 42). Kysymyksen tulee mitata vain yhtä asiaa kerrallaan (Tähtinen ym. 2020, 28; Vilka 2015, 107). Vastaamista suuntaavat ja asiasisältöä selittävät sanat tulee kyselylomakkeesta poistaa, näitä ovat kuvailevat substantiivit sekä adjektiivit (Vilka 2015, 108). Kyselylomakkeen laadinnassa tulee kiinnittää huomiota ulkoasuun, vastausohjeiden selkeyteen sekä kysymysten etenemiseen loogisessa järjestyksessä (Heikkilä 2014, 47; Valli 2015, 43). Arkaluontoisia asioita kannattaa kysyä valmiilla vaihtoehdoilla (Heikkilä 2014, 58).

Strukturoidulla eli suljetulla kysymyksellä tarkoitetaan kysymystä, josta valitaan sopiva, valmis vastausvaihtoehto (Heikkilä 2014, 49; Kananen 2012, 125; Vehkalahti 2014, 24–25). Valmiiden vastausvaihtoehtojen käyttäminen helpottaa vastausten käsittelyä. Lisäksi virheellisten vastausten riski pienenee, koska kaikki vastaajat eivät todennäköisesti ole yhtä lahjakkaita kielellisesti ja näin heidän ei tarvitse itse muotoilla vastauksiaan. Suljettuihin kysymyksiin on nopea vastata, ja niitä on helppo käsitellä tilastollisesti. (Heikkilä 2014, 49.) Verkkokysely voidaan laatia siten, että on mahdollista valita vain yksi vastausvaihtoehto. Toisin sanoen, jos vastaaja päättääkin valita toisen vaihtoehdon, poistuu edellinen valinta. (Valli & Perkkilä 2018, 121.) Suljettujen kysymysten heikkoja puolia on se, että ”en osaa sanoa” -vaihtoehto on houkutteleva ja lisäksi vastaukset saatetaan antaa niitä kunnolla harkitsematta. Mikäli ollaan epävarmoja, onko kysymykseen osattu pohtia kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot, voidaan laatia sekamuotoinen kysymys lisäämällä valmiiden vaihtoehtojen rinnalle yksi avoin vaihtoehto, ”muu, mikä?” (Heikkilä 2014, 49–50.)

Samalla kun kyselyä suunnitellaan, suunnitellaan myös, miten siitä saatuja tietoja käsitellään (Heikkilä 2014, 45; Vilkka 2015, 109). Tutkimuksen tekemisen ydin on tulosten tulkinta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tämä tarkoittaa tilastollista päättelyä, joka otoksesta tehdään, sekä laaja-alaista analyysitulosten tulkittamista. (Tähtinen ym. 2020, 35.)

7.2.2 Aineiston analyysi ja raportointi

Numeerisen aineiston ja analyysien tulkintaprosessi muodostuu kolmesta osasta edeten kuvailusta päättelyyn ja siitä teoreettiseen tulkintaan:

1. Aineisto kuvataan ja tulkitaan.
2. Tuloksista tehdään päätelmiä ja tulkintaa.
3. Tulokset selitetään ja tulkitaan teoreettisesti. (Tähtinen ym. 2020, 36–37.)

Ennen kuin aletaan tekemään tilastollisia analyyseja, täytyy tutkijan perehtyä perusteellisesti aineistoonsa erilaisten tunnuslukujen ja frekvenssien avulla.

Muuten on riskinä, että aineiston potentiaalit jäävät hyödyntämättä. Keskeisten tunnuslukujen, kuten keskiarvojen, keskihajonnan, minimin ja maksimin, avulla saadaan luotua yleiskuva aineiston numeerisista muuttujista ja voidaan arvioida miten eri analyysimenetelmät sopivat aineiston analyysiin. (Tähtinen ym. 2020, 91–92, 106.) Keskiarvo saattaa aiheuttaa vääriä tuloksia, joten sen käyttöä tulee välttää (Valli 2015, 36). Tosin mielipidemittauksissa keskiarvoa käytetään monesti yleiskuvan luomiseen (Heikkilä 2014, 81). Myös Tähtinen (2020) tuo esiin, että keskiarvot ovat herkkiä poikkeaville arvoille. Jos aineistossa on muutamia huomattavasti muista vastauksista poikkeavia arvoja, on niiden vaikutus keskiarvoon todella suuri. (Tähtinen ym. 2020, 102.) Tunnusluvut sopivat, jos halutaan jakaa hieman ylimalkaista nopeaa tietoa (Valli 2015, 73–74.) Mediaani jakaa suuruusjärjestyksessä olevat muuttujat kahteen samankokoiseen osaan, ja kertoo niiden keskimmäiseksi jäävän arvon (Tähtinen ym. 2020, 117; Valli 2015, 36). Prosentti- ja frekvenssijakauman avulla voidaan esimerkiksi vastaajien iästä muodostaa luokat noin viiden vuoden välein (Vehkalahti 2014, 53).

Tilastollisten menetelmien, kuten ryhmittelyjen ja lisäanalysointien, avulla voidaan tiivistää alkuperäismatriisin tieto helpommin tulkittavampaan muotoon (Tähtinen ym. 2020, 64). Tulosten analysoinnista on syytä laatia suunnitelma (Heikkilä 2014, 140). Aluksi mietitään mitä tarvitaan, jotta saadaan vastattua tutkimuskysymyksiin tai -ongelmaan (Heikkilä 2014, 140). Raportista tulee käydä ilmi kaikki tutkimuksen kannalta merkittävät tulokset (Heikkilä 2014, 168).

Likertin asteikko on järjestysasteikkoinen mittari (Valli 2018b, 106). Likertin asteikossa vastausvaihtoehdot on yleensä nimetty ja keskimmäinen on tavallisimmin ”en osaa sanoa” (Valli 2015, 57). Aikuisilla vastaajilla toimii hyvin 5-portainen Likert -asteikko (Tähtinen ym. 2020, 28). Likertin asteikkoa tehtäessä on huomioitava, että kaikkien kohtien tulee olla väittämiä, ei kysymyksiä. Niiden täytyy myös liittyä samaan aiheeseen, esimerkiksi työhön tai organisaatioon. Asteikon muodostavien kohteiden tulee olla yhteydessä toisiinsa. (Bryman 2008, 146.) Usein analysointivaiheessa yhdistetään Likertin asteikon kaksi samaa ja kaksi eri mieltä olevaa vaihtoehtoa (Valli 2018a, 272; Valli 2018b, 108).

5 = täysin samaa mieltä
4 = melkein samaa mieltä

- 3 = en osaa sanoa
- 2 = varsin eri mieltä
- 1 = täysin eri mieltä

Likert -asteikko (Bryman 2008, 223; Toikko & Rantanen 2009, 153).

Likertin asteikossa käytetyt ”portaat” on nimetty. Nimeämisessä tulee ottaa huomioon, että jokainen vastaaja pystyy löytämään sopivan vastausvaihtoehdon. Likertin asteikon neutraaliluokka on tavallisesti sijoitettu asteikon keskimäiseksi luokaksi. (Valli 2015, 57.) Tässä opinnäytetyössä asteikon keskimäinen luokka on nimetty ”Ei samaa eikä eri mieltä”. Valli (2015, 57) toteaa, että tällä vaihtoehdolla pystytään sulkemaan pois niin sanottu pakkovastaaminen, eli se, että vastaajan tulisi valita jokin vaihtoehto ilman, että hänellä olisi mielipidettä asiasta ollenkaan. Aineistoa koodatessa esimerkiksi Likertin asteikolla kerätyssä tiedossa keskimäinen, ”en osaa sanoa” -vaihtoehto kannattaa koodata nollaksi, koska vastaajalla ei ole aiheesta mielipidettä suuntaan eikä toiseen. Muut ääripäät voi koodata arvoilla -2 - +2 negatiivisiksi ja positiivisiksi. (Valli 2018a, 250–251.)

Numeerista aineistoa voidaan esitellä tunnuslukujen, graafisen esityksen tai taulukoiden avulla (Tähtinen ym. 2020, 93; Valli 2018a, 252; Valli 2015, 73). Tilasto-ohjelmista löytyy graafiset esitykset ja kuvailuun sopivat analyysimenetelmät (Tähtinen ym. 2020, 93). Kuvio on sopivin, jos halutaan antaa nopeasti kokonaiskuva tutkittavasta asiasta (Valli 2018a, 252; Valli 2015, 73–74). Kuvioita ei kannata lisätä uuden luvun alkuun eikä loppuun vaan tekstin keskelle. Luvun alussa on hyvä olla johdatus kuvioon, ja lopussa tulkinta kuvion sisällöstä. (Tähtinen ym. 2020, 94.)

Tutkimustulosten dramatisointia pyritään välttämään, vaikka graafisella esityksellä helposti saataisiin jokin asia näyttämään todellisuutta merkittävämmältä tai vähäpätöisemmältä. Esitystavan tulisi olla vaihteleva, mutta ei liian kirjava. Hyvän graafisen kuvion sisältö on ymmärrettävissä ilman, että lukijan täytyy etsiä lisätietoa tekstiosuudesta. (Tähtinen ym. 2020, 93–94.) Graafisessa esityksessä pyritään selkeyteen ja havainnollisuuteen (Valli 2015, 74). Piirakka- ja pylväskuviot ovat käytetyimpiä (Valli 2018a, 253). Otsikot sijaitsevat graafisten kuvioiden

alapuolella ja niissä vastataan kysymyksiin milloin, missä ja mitä (Valli 2015, 74.) Tulokset käsitellään niin, että saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Kyselyn tuloksista tehdään loogiset päätelmät, ja selitetään niiden yhteys teoriaan sekä kehittämistehtävään. (Heikkilä 2014, 138–139.)

Avointa kysymystä lukuun ottamatta kaikki kyselylomakkeen tulokset on analysoitu Webropol -ohjelmalla. Perusraportin lisäksi tuloksia ajettiin suodatus toiminnolla. Siun soten palvelualueet on mm. ikäihmisten palveluissa organisoitu maantieteellisesti alueittain (Siun sote 2023a). Aluejakoa on tässä työssä käytetty vertailtaessa vastauksia aluejaon mukaan. Siun soten mukaan Pohjois-Karjala on jaettu pohjoiseen, läntiseen, keskiseen ja eteläiseen alueeseen. Pohjoiseen alueeseen kuuluu Nurmes, Juuka ja Lieksa, läntiseen alueeseen Polvijärvi, Outokumpu, Heinävesi ja Liperi, keskiseen alueeseen Kontiolahti ja Joensuu sekä eteläiseen alueeseen Rääkkylä, Tohmajärvi, Kitee ja Ilomantsi. (Siun sote 2023a.) Vastauksia vertailtiin lisäksi eri ammattiryhmien välillä, eli lähihoitajien vastauksia verrattiin sairaanhoitajien sekä kättilön vastauksiin.

Avoimien kysymysten analysointi on työlästä ja aikaa vievää verrattuna valmiiden vaihtoehtojen tulkintaan, mutta vastauksista saattaa nousta esiin hyviä ideoita. Tilastollisin menetelmin on mahdollista analysoida avoimia vastauksia, kunhan vastaukset luokitellaan ryhmiin. (Bryman 2008, 232; Heikkilä 2014, 47–48; Valli 2018b, 114; Valli 2015, 70–71.) Avoimista vastauksista myös vastaajien mielipiteet saadaan perusteellisesti selville. Avoimiin kysymyksiin jätetään kuitenkin herkästi vastaamatta, tai vastaukset voivat olla epämääräisiä, mikä on niiden huono puoli. (Valli 2018b, 114.) Tässä opinnäytetyössä oli yksi avoin kysymys. Sen vastaukset analysoitiin teemoittelulla. Tämä on yksi tavallisimmista analyysimenetelmistä kvalitatiivisen aineiston analyysissä (Hirsjärvi ym. 2018, 224). Avoimien kysymysten vastaukset tulee teemoitella samoihin luokkiin analysointivaiheessa (Valli 2018a, 273). Teemoittelulla aineistosta tuodaan esille tutkimustehtävän kannalta oleellisia asiakokonaisuuksia, sekä usein esiintyviä kuvaavia piirteitä (Juhila 2022). Teemoittelun jälkeen eri vaihtoehdot koodataan, ja seuraavaksi niitä yhdistellään ja luokitellaan (Valli 2018a, 273). Tässä työssä avoimen kysymyksen analyysi tehtiin esimerkkiluokittelun (kuvio 3) mukaisesti kaikista esille nousseista teemoista.



Kuvio 3. Teemoittelu-esimerkki avoimen kysymyksen vastauksista.

Avoimesta kysymyksestä nousi esille yhteensä kuusi eri kategoriaa. Vastausten purkaminen teemoittelun avulla aloitettiin värikoodaamalla vastaukset kuudella eri värillä. Jokainen väri edusti yhtä teemaa. Näistä luotiin ensin alaluokka ja sitten yläluokka. Tässä kyselyssä vastaukset teemoteltiin sanoihin: Tieto/tiedon jakaminen, kokemus, verkostoituminen, koulutus, keskustelu ja käytäntöjen jakaminen.

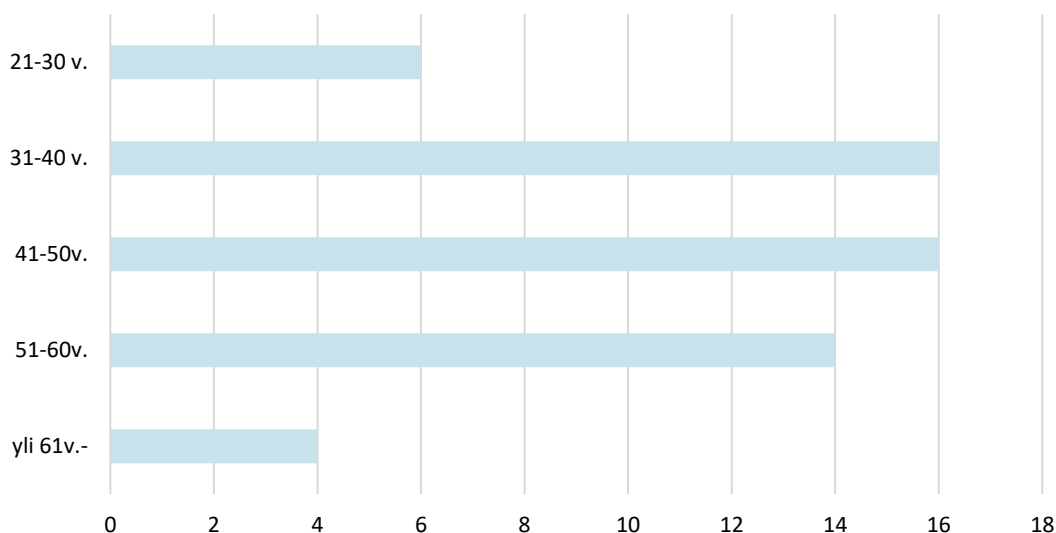
8 Tulokset

8.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Kysely (liite 3) lähetettiin anonyymina Pohjois-Karjalan maakunnan 187 haavavastaavalle sähköpostitse. Saatekirjeessä oli linkki Webropol -kyselyyn. Sähköpostiin oli liitetty tietosuojaseloste (liite 4). Määräaikaan mennessä kyselyyn

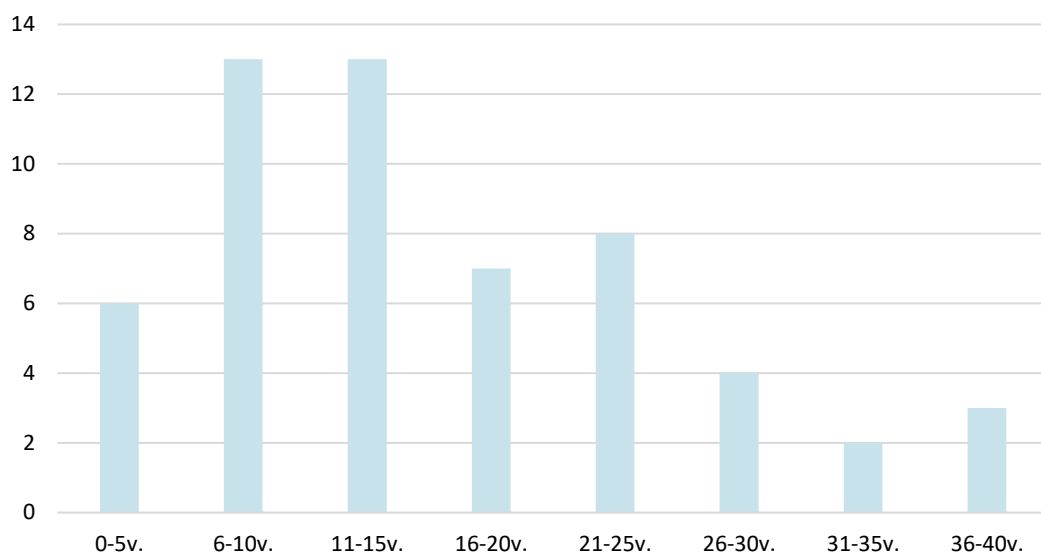
vastasi 56 hoitotyöntekijää. Vastausprosentti on 30 %. Kyselyyn oli avannut 119 hoitotyöntekijää. Näistä 56 vastasi kyselyyn, 23 oli jättänyt vastaamisen kesken ja loput 40 olivat pelkästään avanneet kyselylomakkeen. Kyselylomaketta ei ollut lainkaan avannut 68 henkilöä. Muistutus kyselyyn vastaamisesta lähetettiin kolme kertaa; 25.9.2022, 1.10.2022 ja 4.10.2022. Pakollisia kysymyksiä olivat kaikki muut, paitsi seitsemän Bradenin riskiluokitusmittaria koskevaa kysymystä, joihin ei tarvinnut vastata, mikäli riskiluokitusmittari ei ollut vastaajan yksikössä käytössä.

Kuviossa 4 on esitetty vastaajien ikäjakauma. Siitä näkyy, kuinka vastaajien iät jakautuvat eri vuosikymmenille. Ikäjakauma on tehty kymmenen vuoden tarkkuudella.



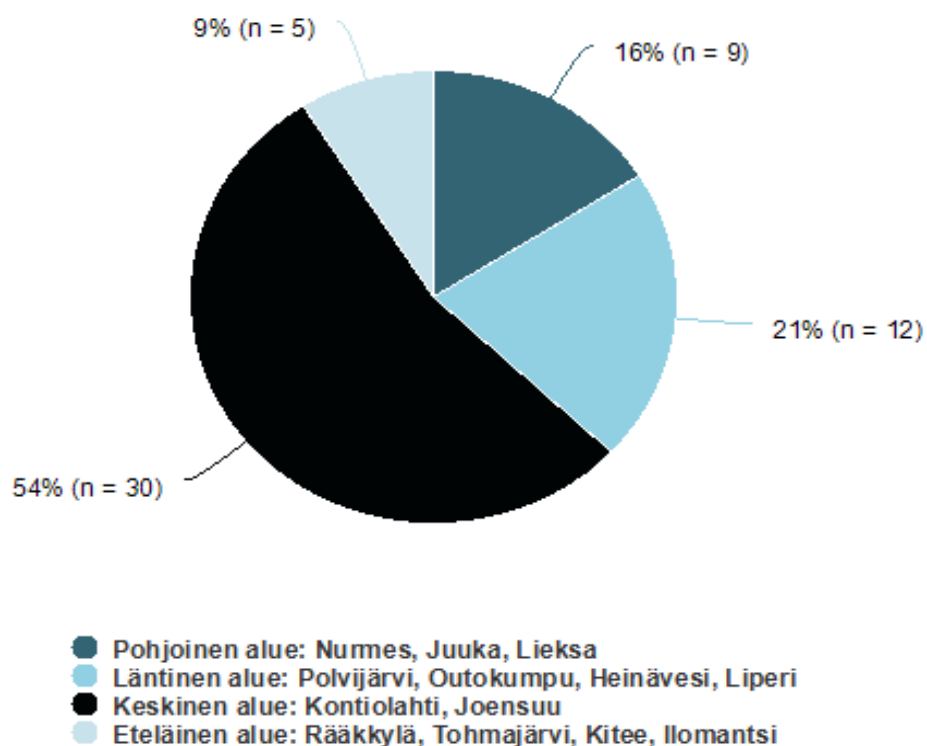
Kuvio 4. Vastaajien ikäjakauma (n = 56).

Kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 44,5 vuotta. Nuorin vastaaja oli 21-vuotias ja vanhin 63-vuotias. Ammatiltaan sairaanhoitajia oli 38, lähihoitajia 17 sekä yksi kätilö. Yhtään terveydenhoitajaa ei vastannut tähän kyselyyn. Työskentelyvuodet eli työkokemus hoitoalalta on kuviossa 5 esitelty viiden vuoden välein.



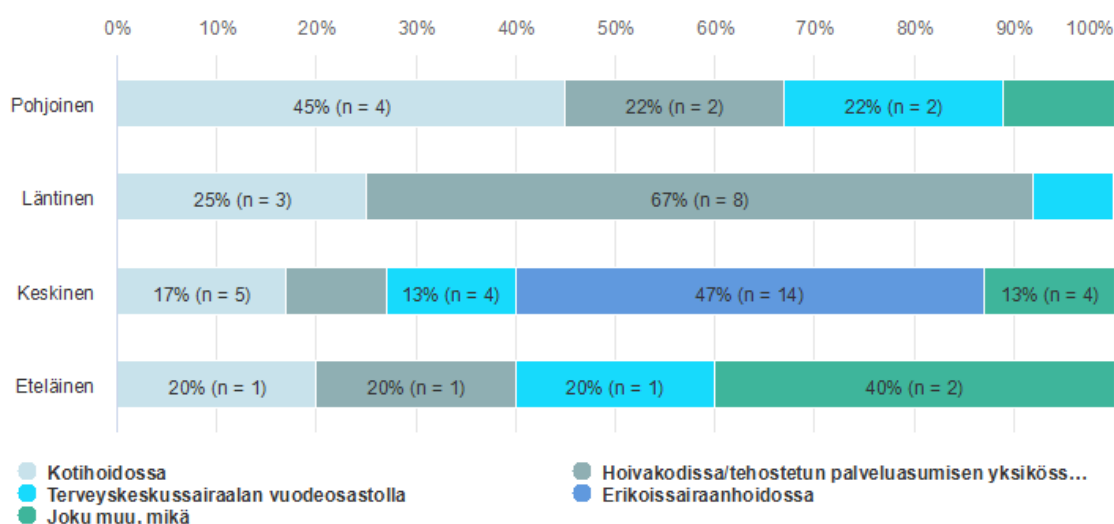
Kuvio 5. Työkokemus hoitoalalta vuosina (n = 56).

Haavavastaajat olivat työskennelleet hoitoalalla keskimäärin 16 vuotta. Luvut vaihtelivat kahden ja 39 vuoden välillä. Kyselyyn vastanneiden haavavastaavien työskentelyalue näkyy kuviossa 6 Siun soten aluejaon mukaisesti.



Kuvio 6. Työskentelyalueet Siun soten aluejaon mukaisesti.

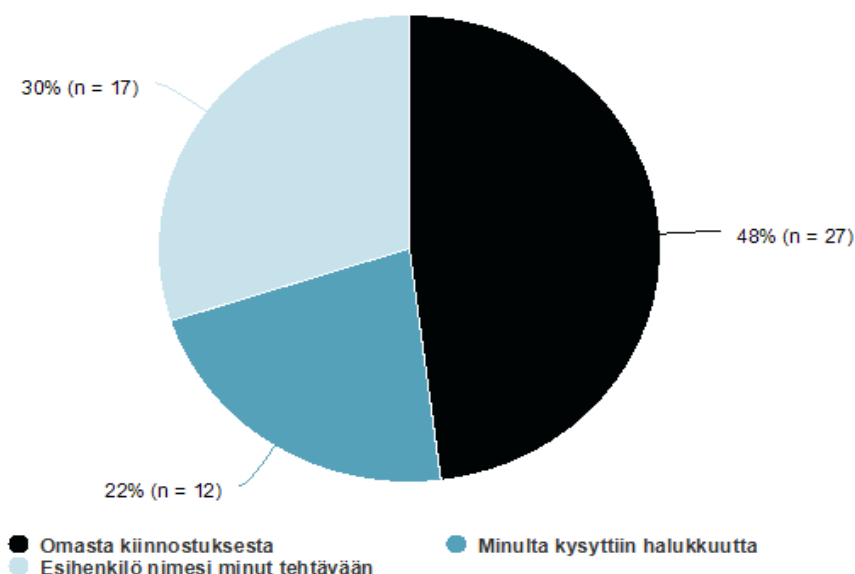
Suurin osa vastaajista työskenteli Siun soten keskisellä alueella, jolta tuli vastauksia 30 kappaletta eli 54 %. Seuraavaksi suurin vastausprosentti löytyi läntiseltä alueelta, josta saatiin vastauksia yhteensä 13 eli 21 %. Jokaiselta alueelta saatiin suhteessa tasaisesti vastauksia eri ammattiryhmiltä. Haavavastaavien työyksiköt on Siun soten aluejaon mukaisesti esitetty kuviossa 7.



Kuvio 7. Haavavastaavien työyksiköt.

Joka neljäs vastaajista työskenteli hoivakodissa / tehostetun palveluasumisen yksikössä / hoitosolussa tai vastaavassa. Erikoissairaanhoidossa työskenteli 25 %, mikä kattaa 47 % kaikista keskisellä alueella työskentelevistä vastaajista. Kotihoidossa työskenteli 23 % vastaajista ja terveyskeskussairaalan vuodeosastolla 14 %. Joku muu, mikä kohtaan tuli seitsemän (13 %) vastausta. Vastanneista neljä työskenteli terveysaseman vastaanotolla, yksi vastaanotolla, yksi kuntoutusosastolla ja yksi palveluasumisen yksikössä. Erikoissairaanhoidosta vastauksia saatiin vain sairaanhoitajilta. Terveyskeskussairaalan vuodeosastolta saatiin yksi vastaus sairaanhoitajalta, kun taas 41 % kyselyyn vastanneista lähihoitajista työskenteli terveyskeskuksen vuodeosastoilla.

Kyselyssä kartoitettiin, kuinka kauan vastaajat olivat toimineet yksikkönsä haavavastaavina. Vaihteluväli haavavastaavana työskentelemiselle oli 0–15 vuotta. Keskiarvo oli 3,7 vuotta ja mediaani 2 vuotta. Merkittäviä eroja ei tullut esiin eri Siun soten alueiden välille, eikä eri ammattiryhmien välille. Kuviossa 8 on esitetty, kuinka haavavastaaviksi on päädytty.

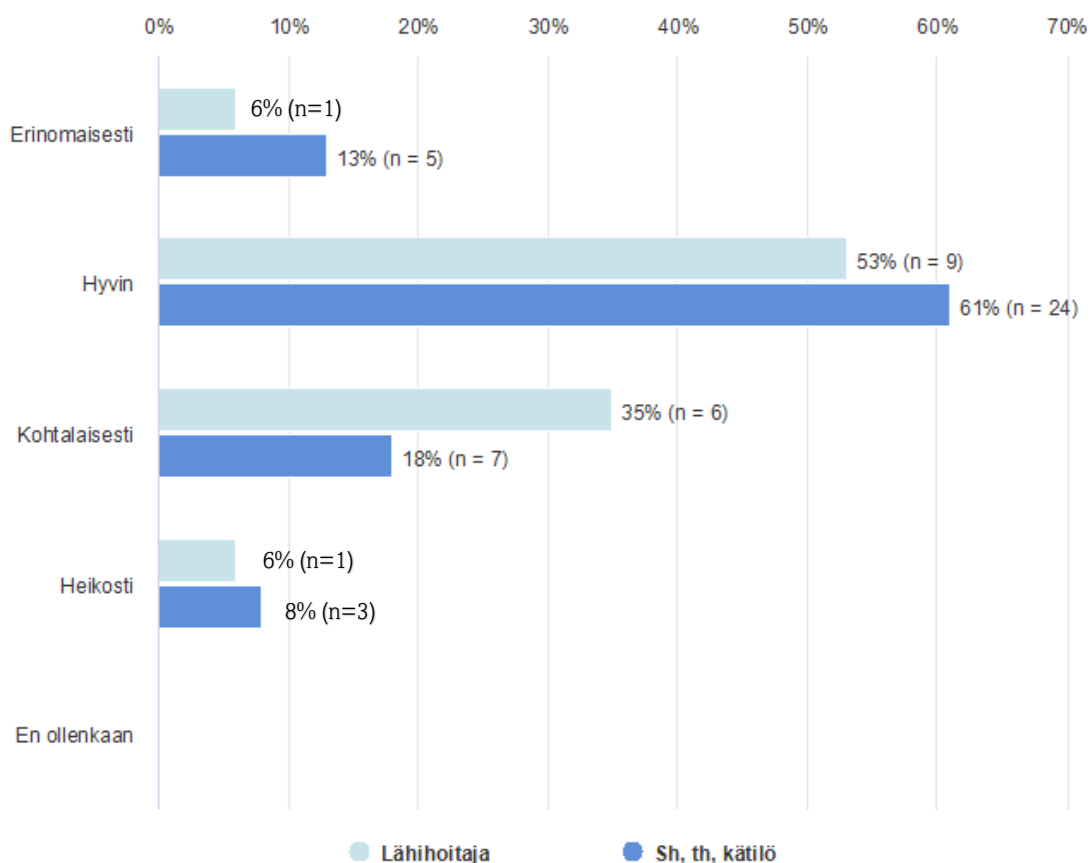


Kuvio 8. Haavavastaavaksi päätyminen.

Koko maakunnan alueella liki puolet vastaajista (48 %) oli päätenyt haavavastaavaksi omasta kiinnostuksesta. Noin kolmannes (30 %) oli päätenyt haavavastaavaksi, koska esihenkilö oli nimennyt heidät tehtävään. Lopuilta (22 %) oli kysytty halukkuutta haavavastaavuuteen ennen heidän ryhtymistään vastaavaksi. Muita vastausvaihtoehtoja tässä kysymyksessä ei ollut. Lähihoitajista 71 % ja sairaanhoitajista ja kättilöstä 39 % oli päätenyt haavavastaavaksi omasta kiinnostuksesta. Pohjoisella alueella 56 % ja keskisellä alueella 57 % oli päätenyt haavavastaavaksi omasta kiinnostuksesta, kun taas läntisellä alueella 58 % oli nimetty tehtävään esihenkilön toimesta.

8.2 Kokemukset haavanhoidon taidoista

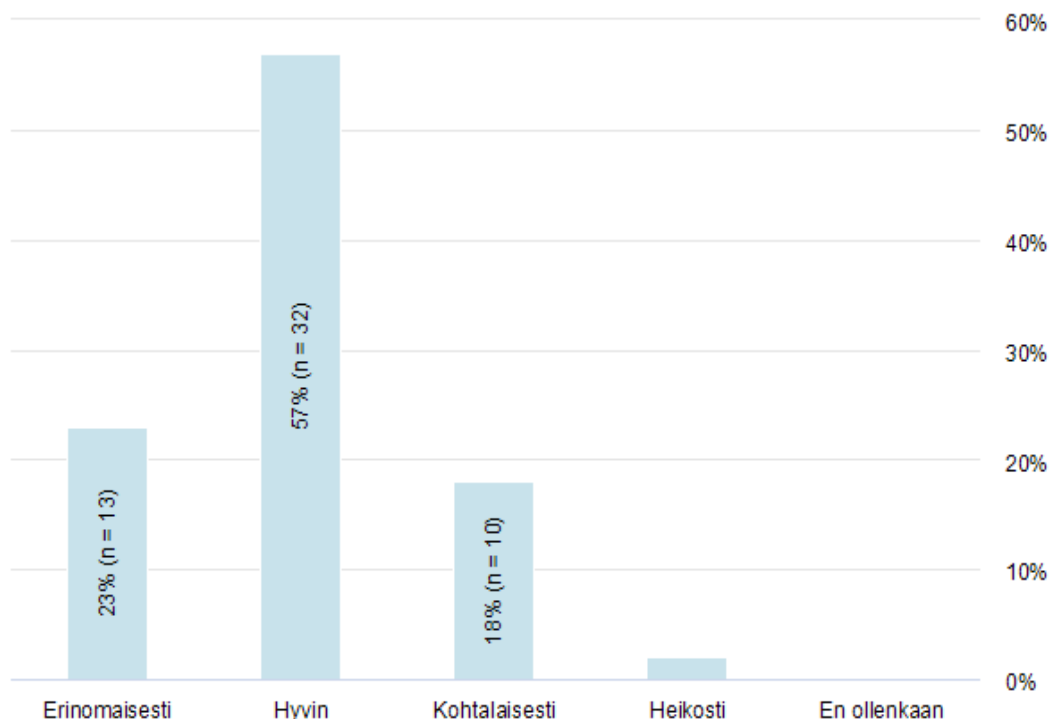
Haavavastaavilta kysyttiin, kuinka he osaavat käyttää nykyisiä haavanhoidon sopimustuotteita (kuvio 9). Kuviossa on verrattu lähihoitajien sekä sairaanhoitajien/kättilön vastauksia. Haavanhoidon sopimustuotteilla tarkoitetaan tässä tuotteita, joita Hietasen & Kuokkasen (2021b) mukaan käytetään haavanhoidossa: Erilaisia puhdistusaineita, paikallishoitotuotteita, peittosidoksia, kiinnityssidoksia sekä haavaa ympäröivän ihon hoitoon tarkoitettuja tuotteita (Hietanen & Kuokkanen 2021b, 149).



Kuvio 9. Nykyisten haavanhoidon sopimustuotteiden käytön hallitseminen.

Koko maakunnan alueella suurin osa (70 %) koki osaavansa käyttää haavanhoidon sopimustuotteita hyvin tai erinomaisesti. Lähes neljännes (23 %) koki osaavansa käyttää niitä kohtalaisesti ja loput 7 % heikosti. Sairaanhoitajat ja kättilö hallitsivat haavanhoidon sopimustuotteiden käytön lähihoitajia paremmin.

Kuviosta 10 selviää, kuinka haavavastaavat kokevat osaavansa haavan mekaanisen puhdistuksen. Mekaanisella puhdistuksella tarkoitetaan niitä toimia, joilla hoitaja puhdistaa haavan kuolleesta kudoksesta, mahdollisista vierasesineistä sekä fibriinikatteesta (Hietanen & Kuokkanen 2021a, 204).

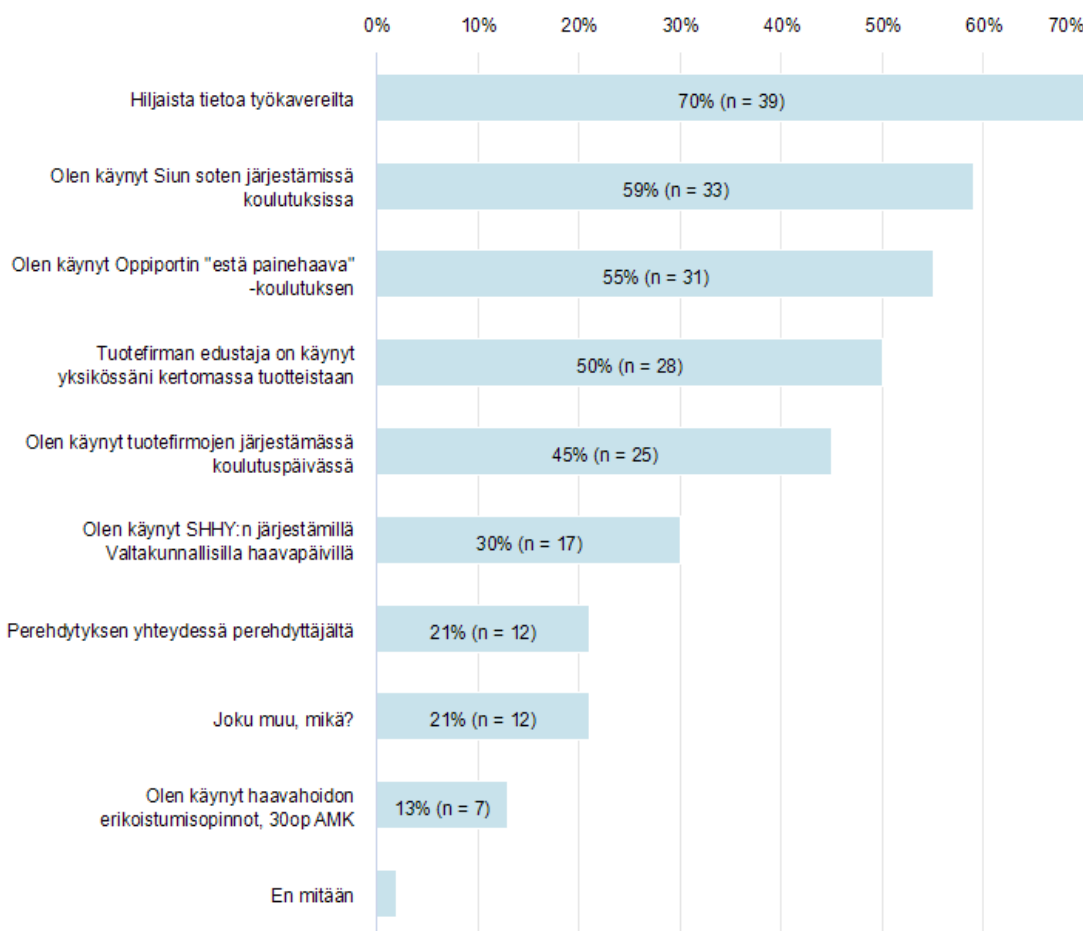


Kuvio 10. Haavan mekaanisen puhdistuksen osaaminen.

Koko maakunnan alueella neljä viidestä vastaajasta kokee osaavansa tehdä haavan mekaanisen puhdistuksen hyvin tai erinomaisesti. Kymmenen vastaajaa eli 18 % koki osaavansa sen kohtalaisesti ja yksi vastaaja heikosti. Siun soten keskisen alueen vastauksista 90 % sijoittui vaihtoehtoihin ”erinomaisesti” ja ”hyvin”. Lähihoitajista 71 % oli valinnut vaihtoehdon ”erinomaisesti” tai ”hyvin”, ja sairaanhoitajat sekä kättilö ammattiryhmästä nämä vaihtoehdot olivat 85 % valittavia. Kahdesta edellä olevasta kuviosta (kuvio 9 ja 10) selviää, että kukaan ei valinnut kumpaankaan kysymyksistä ”en ollenkaan” vaihtoehtoa.

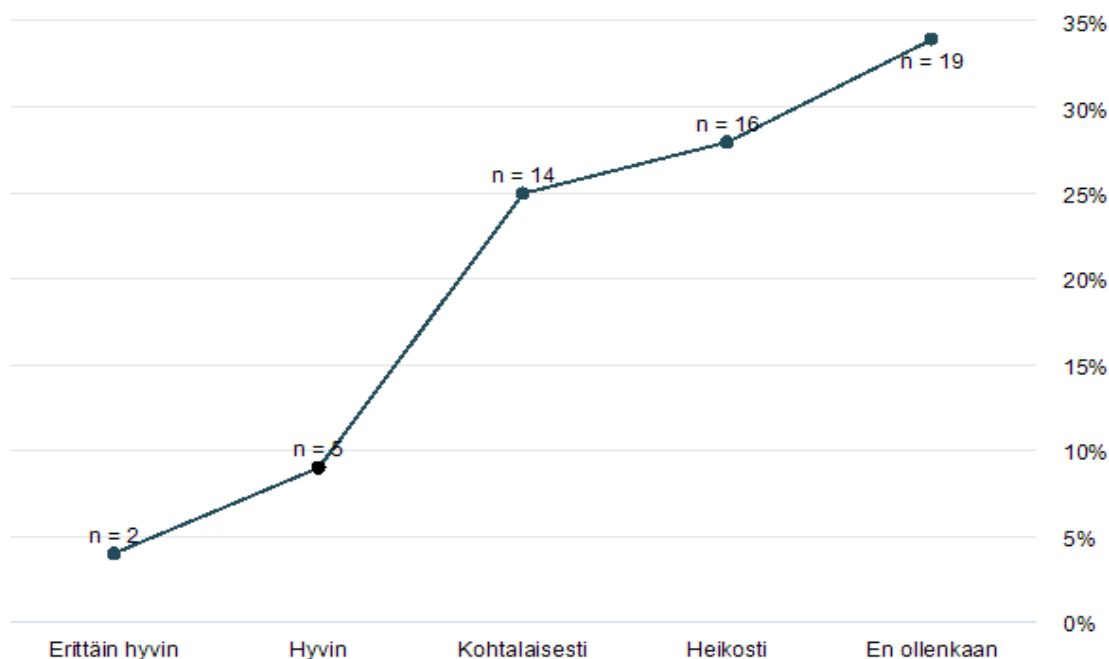
8.3 Haavavastaavien tietopohja painehaavoista

Haavavastaavien tietopohjaa kartoitettiin. Kyselyssä kysyttiin, minkälaista painehaavoihin liittyvää koulutusta haavavastaavat olivat saaneet (kuvio 11). Tähän saimme yhteensä 205 vastausta 56 vastaajalta. Kuviossa on verrattu lähihoitajien sekä sairaanhoitajien/kättilön vastauksia.



Kuvio 11. Painehaavoihin liittyvät koulutukset.

Painehaavoihin liittyvää koulutusta oli saatu eniten hiljaisena tietona työkavereilta. Koko maakunnan alueella joka kolmas oli käynyt Siun soten järjestämässä koulutuksissa. Lisäksi lähes joka kolmas oli suorittanut Oppiportin "estä painehaava" -koulutuksen. Yksi vastaaja ei ollut saanut mitään painehaavojen hoitoon liittyvää koulutusta. Sanallisista vastauksista nousi esiin muun muassa Suomen Haavanhoitoyhdistyksen julkaisema Haava -lehti, josta tietoa saatiin. Joku oli käynyt omakustanteisia opintoja internetissä. Myös opiskeluaikaan työharjoitteluissa saatuja tietoja nostettiin tässä esille. Lisäksi kysyttiin perehtymisestä Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) hoitosuositukseen "Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä" (kuviokuva 12).



Kuvio 12. Perehtyminen painehaavan ehkäisy -hoitosuositukseen.

Koko maakunnan alueella kyselyyn vastanneista 34 % ei ollut lainkaan tutustunut Hotuksen hoitosuositukseen ”Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä”. Lisäksi lähes joka kolmas (29 %) kyselyyn vastannut koki tutustuneensa siihen heikosti. Heikosti tai ei ollenkaan tutustuneita oli yhteensä 62,5 % vastaajista. Joka neljäs (25 %) oli tutustunut siihen kohtalaisesti. Vastaajista 12,5 % koki tutustuneensa siihen hyvin tai erittäin hyvin. Siun sotien keskeisellä alueella hoitosuositukseen ei ollut tutustunut ollenkaan 17 %, pohjoisella alueella 45 %, läntisellä alueella 50 % ja eteläisellä alueella 80 % vastaajista. Lähihoitajista 53 % ja sairaanhoitajista ja kättilöistä 25 % ei ollut hoitosuositukseen tutustunut lainkaan.

8.4 Bradenin riskiluokitusmittari

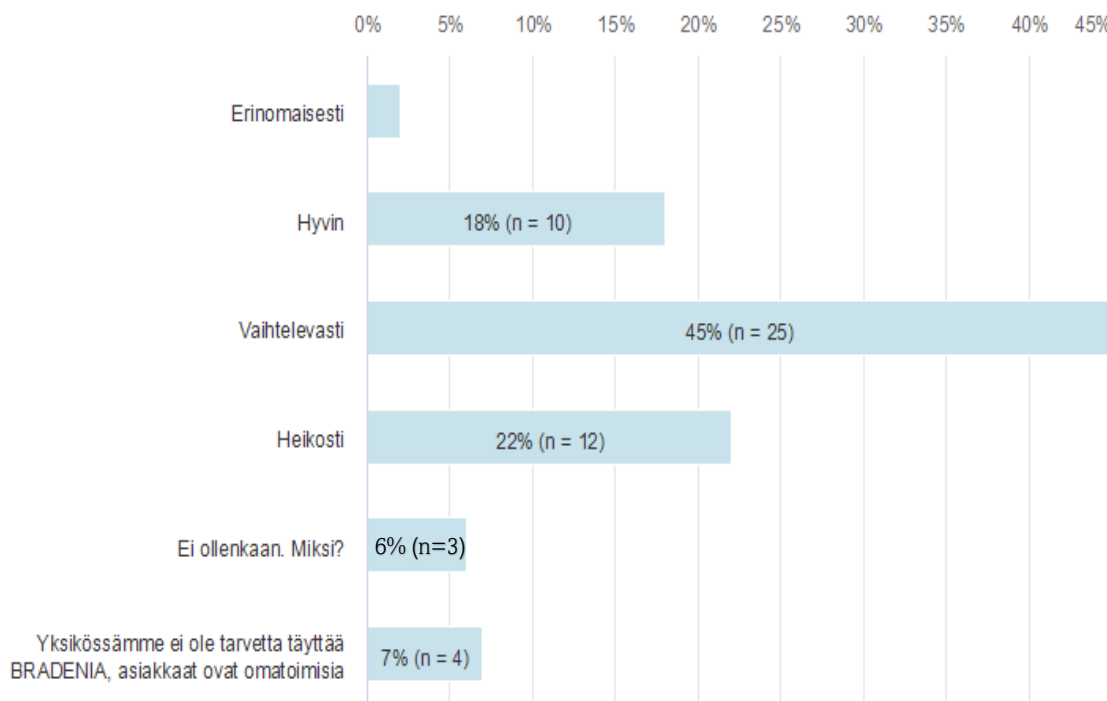
Kyselyssä kartoitettiin haavavastaavien tietoja ja taitoja Siun sotien käytössä olevan Bradenin riskiluokitusmittarin täyttämistä. Ensimmäisessä Bradenia koskevassa kysymyksessä oli vaihtoehto ”Yksikössämme ei ole käytössä Mediatria (voit siirtyä suoraan kysymykseen nro 16)”. Näin karsittiin pois vastaajat, joilla ei ole mahdollisuutta täyttää lomaketta Mediatri-ohjelmassa, josta se

tilastoituu. Tilastoja tarkastellaan säännöllisesti esimerkiksi Siun soten Painehaavatyöryhmässä. Kukaan ei ollut valinnut tätä vastausvaihtoehtoa.

Koko maakunnan alueella riskimittarin osasi täyttää hyvin tai erinomaisesti yhteensä 71 % vastaajista, kohtalaisesti 20 % ja heikosti tai ei ollenkaan 9 % vastaajista. Lähihoitajista 65 % koki osaavansa täyttää Bradenin riskiluokitusmittarin hyvin tai erinomaisesti, sairaanhoitajat ja kättilö ammattiryhmässä samat vastausvaihtoehdot oli valinnut 74 %. Bradenin riskiluokitusmittarin tuloksien kirjaaminen Mediatri -potilastietojärjestelmään onnistui hyvin tai erinomaisesti 72 % vastaajista, kohtalaisesti 16 % ja heikosti tai ei ollenkaan 12 % vastaajista. Sairaanhoitajat ja kättilö osasivat kirjata mittarin tulokset Mediatriin erinomaisesti tai hyvin 77 % vastaajan mielestä, kun lähihoitajista samat vastausvaihtoehdot oli valinnut 58 %.

Kysyttiin, kuinka haavavastaavat kokevat Bradenin riskiluokitusmittarin täyttämisen. Enemmistö (85 %) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että täyttäminen oli helppoa. Kolme neljäsosaa (76 %) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä Bradenin täyttämisen hyödyllisyydestä. Suurin osa (79 %) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä täyttämisen nopeudesta. Lisäksi 70 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että Bradenin täyttäminen on toimintaa ohjaavaa. Keskiarvo näistä kaikista vastausvaihtoehdoista sijoittui Likertin asteikolla (1–5) välille 3,8–4,1 eli suurta vaihtelua ei eri vaihtoehtojen välille syntynyt. Eroja ei noussut esille alueellisesti, eikä eri ammattiryhmien välille.

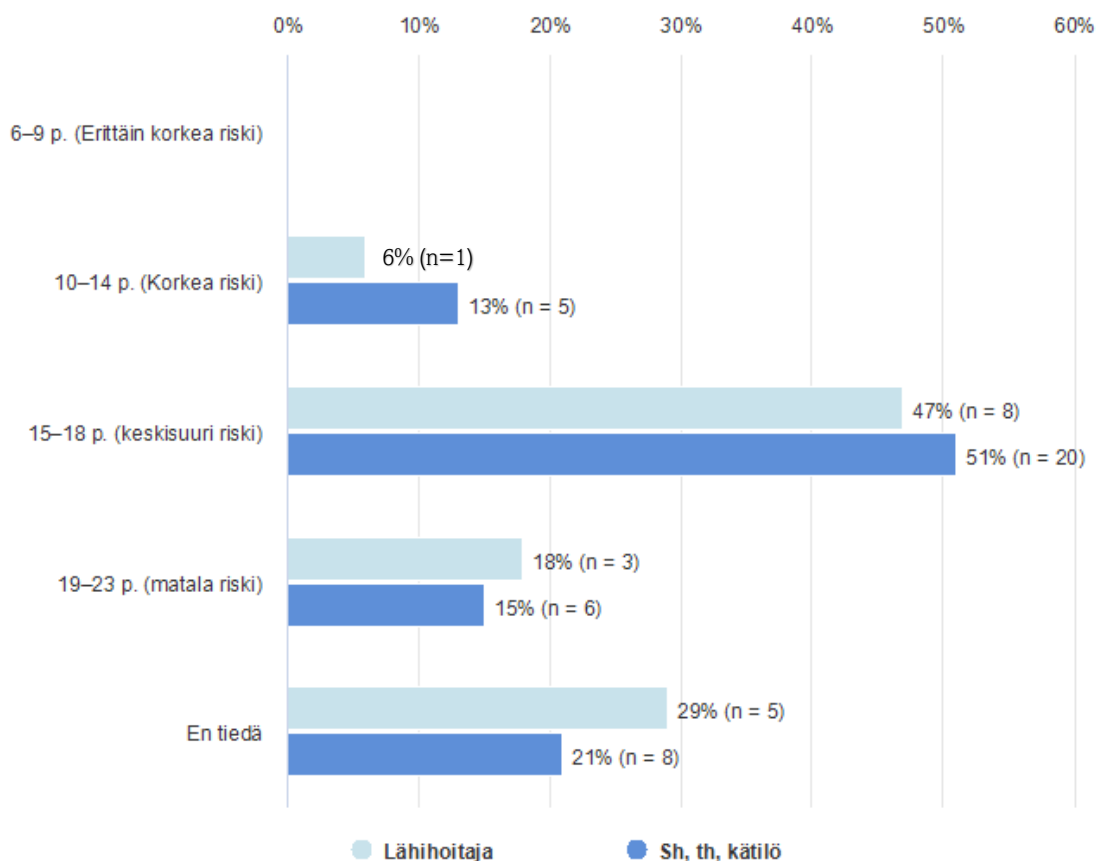
Haavavastaavista 7 % koki Bradenin riskiluokitusmittarin täyttämisen luonnollisena osana työtään ja pyrki täyttämään sen aina. Kolmas osa eli 34 % vastaajista pyrki täyttämään Braden-lomakkeen aina kun mahdollista. Valtaosa eli 43 % täyttää lomaketta harvakseltaan. Lisäksi 9 %:n kohdalla asiakkaat olivat oma-toimisia, joten yksikössä ei ollut tarvetta Bradenin täyttämiseksi. Haavavastaavista 7 % ilmoitti, että ei täytä lomaketta. Eroja ei noussut esille alueellisesti, eikä eri ammattiryhmien välille. Kyselyssä selvitettiin myös kokemuksia siitä, kuinka Bradenia täytetään eri yksiköissä (kuvio 13).



Kuvio 13. Bradenin täyttäminen käytännön hoitotyössä yksikkötasolla.

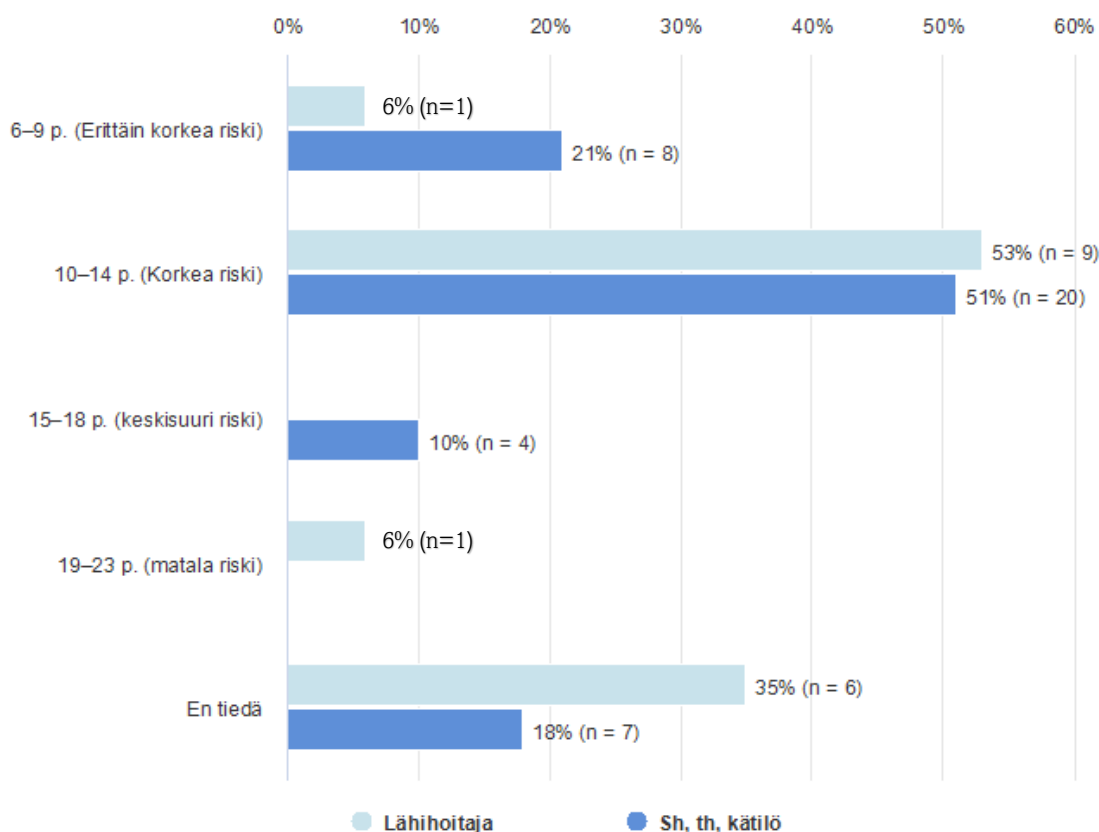
Koko maakunnan alueella 45 % vastaajista oli sitä mieltä, että Bradenin täyttäminen käytännön hoitotyössä sujuu yksiköissä vaihtelevasti. Yksi vastaaja koki, että se toteutuu erinomaisesti. Asiakkaat olivat omatoimisia 7 % kohdalla, joten tarvetta Bradenin täyttämiseksi ei yksikössä ole. Vastaajista 6 % kertoi, että Bradenin täyttäminen ei suju heidän yksikössään ollenkaan. Tähän vastausvaihtoehtoon oli lisätty avoimen vastauksen mahdollisuus, ”Ei ollenkaan. Miksi?” Syitä täyttämättömyydelle olivat vastausten mukaan ”*ohjeistuksen/koulutuksen puute*”, sekä ”*hoitajat vaihtuneet viime aikoina, ei tietoa*”. Yksi vastaus oli, että Braden ei ole käytössä kyseisessä yksikössä.

Kaksi kysymystä koski ennaltaehkäisevien makuu- ja istuinalustojen käyttöä. Haavavastaavilta kysyttiin ensin, että tietävätkö he millä Bradenin riskiluokitusasteilla asiakkaalla tulisi olla vähintään PU-vaahtogeelipatja ja geelitäytteen tai viskoelastinen istuinalusta käytössä (kuvio 14). Kuviossa on verrattu lähihoitajien sekä sairaanhoitajien/kätilön vastauksia.



Kuvio 14. Bradenin riskiluokituspisteet PU-vahtogeelipatjalle tai -istuinalustalle.

Koko maakunnan alueella 50 % vastaajan mielestä PU-vahtogeelipatja ja -istuinalusta tulee ottaa käyttöön keskisuuren riskin (15–18 pistettä) potilaille. Useampi kuin joka neljäs (27 %) oli vastannut tähän, että ne otetaan käyttöön joko matalan riskin (19–23 pistettä) tai korkean riskin (10–14 pistettä) potilaalle. Vastajista 13, eli 23 % vastasi tähän kysymykseen ”en tiedä”. Eniten ”keskisuuri riski” -vaihtoehdon valinnoita oli Siun sotien keskisellä alueella (56 %) ja toiseksi eniten pohjoisella alueella (45 %). Eteläiseltä alueelta 40 % ja läntiseltä alueelta 33 % oli valinnut vaihtoehdon ”en tiedä”. Ammattiryhmien välisiä eroja ei nousut esille. Toisessa kysymyksessä selvitettiin, tiedetäänkö millä Bradenin riskiluokitusasteilla kuuluu ottaa vaihtuvapaineinen patja ja ilmatäytteinen istuinalusta käyttöön (kuvio 15). Kuviossa on verrattu lähihoitajien sekä sairaanhoitajien/kätilön vastauksia.



Kuvio 15. Bradenin riskiluokituspisteet vaihtuvapaineiselle patjalle ja ilmatäytteiselle istuinalustalle.

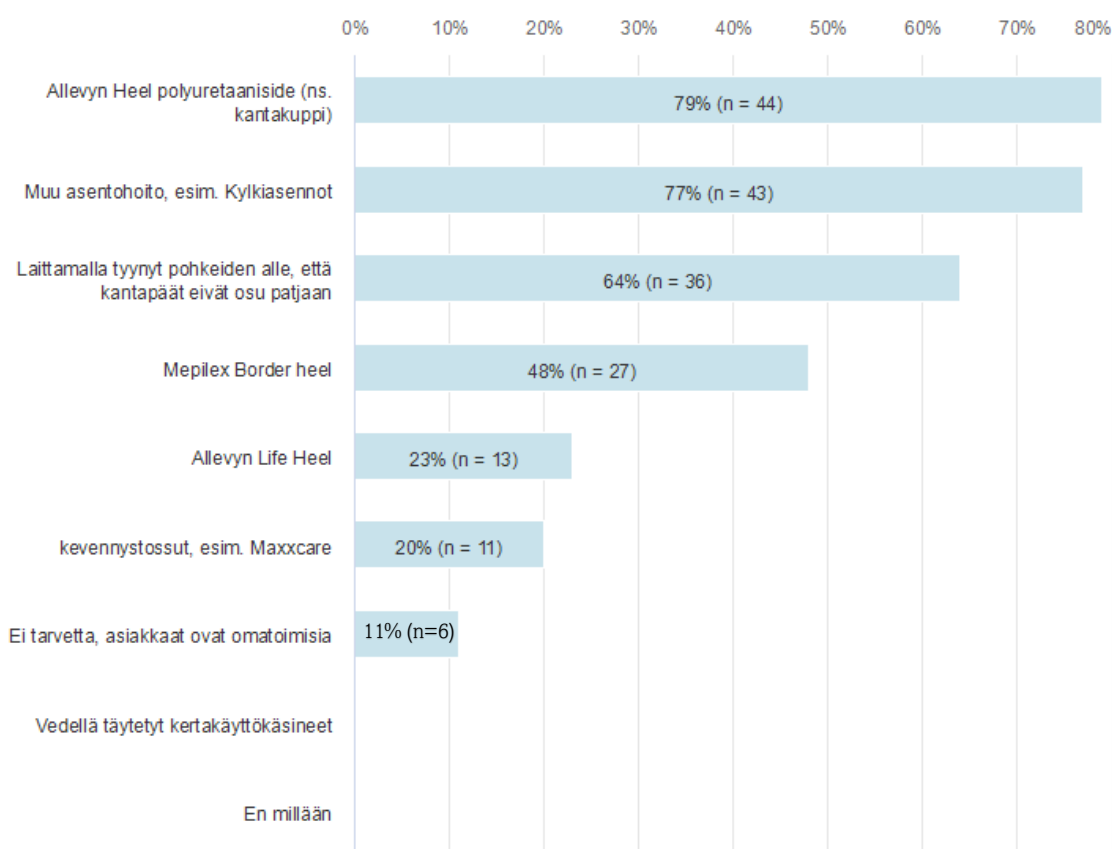
Pohjois-Karjalan maakunnassa hieman yli puolet (52 %) vastaajista vastasi, että vaihtuvapaineinen ilmapatja ja ilmatäytteinen istuinalusta otetaan käyttöön korkean riskin (10–14 pistettä) potilaille. Jälleen lähes joka neljäs (23 %) vastasi kysymykseen ”en tiedä”. Läntiseltä alueelta 42 % ja eteläiseltä alueelta 40 % oli valinnut vaihtoehdon ”en tiedä”. Ammattiryhmien välille ei syntynyt suuria eroja. Vastausvaihtoehdon ”en tiedä” oli valinnut 35 % lähihoitajista ja 18 % sairaanhoitajista ja kätilöstä.

Siun sotelle on laadittu erillinen sopimus sekä siihen liittyvä patjanvuokrausohje niitä tilanteita varten, jolloin asiakkaalla on tarve vaihtuvapaineiselle ilmapatjalle (Siun sote 2019a). Yleisellä tasolla suurin osa eli yli 64 % (n= 36) vastaajista ei tiennyt, mistä löytyy Siun soten vuokratpatjaohje. Eteläisellä alueella kukaan ei tiennyt, mistä patjaohje löytyy. Pohjoiselta alueelta yksi vastaaja tiesi, mistä vuokratpatjaohje löytyy. Lähihoitajista 47 % ja sairaanhoitajista ja kätilöstä 31 %

tiesi mistä Siun soten vuokratijaohje löytyy. Kaikilta alueilta yhteensä neljä vastaajaa viidestä, eli 79 % (n= 44), ei ollut tilannut yksikkönsä vuokratijaa.

8.5 Painehaavojen ennaltaehkäisy

Kyselyn avulla selvitettiin erikseen, kuinka haavavastaavat suojaavat asiakkaiden kantapäitä painehaavoilta (kuvio 16). Valmiiksi valituista vaihtoehdoista pystyi valitsemaan 1–4 eniten käyttämäänsä. Tähän kysymykseen saatiin 56 vastaajalta 180 vastausta.

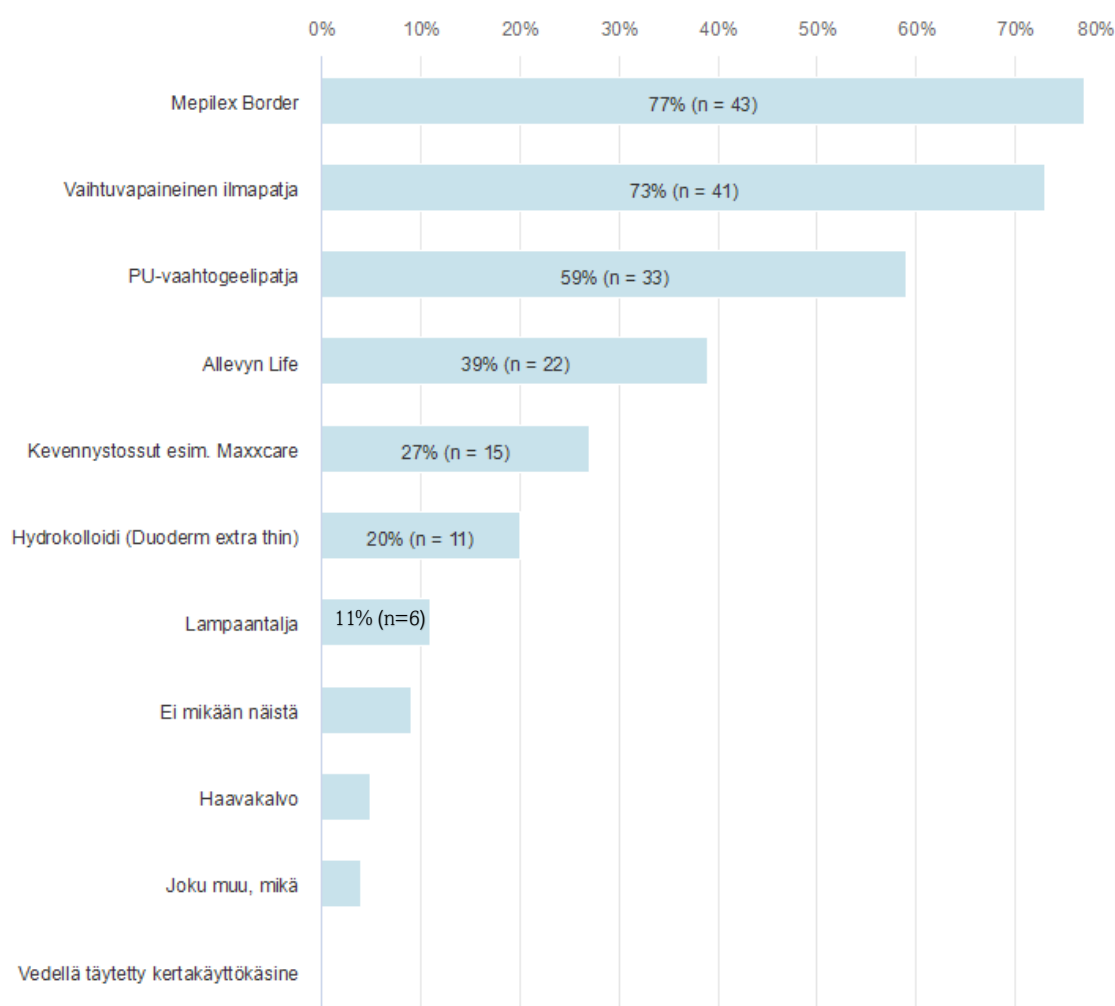


Kuvio 16. Kantapäiden suojaaminen painehaavoilta.

Yleisesti maakunnan alueella enemmistö (79 %) käytti muotoiltua polyuretaaniseidettä eli niin sanottua ”kantakuppia” kantapäiden suojaamiseksi. Kylkiasennot olivat toiseksi suosituin vaihtoehto kantapäiden suojaamisessa ollen 77 % vastaajan yksikössä käytössä. Tyynyjen käyttö pohkeiden alla oli kolmanneksi suosituin vaihtoehto 64 %:n valitsemana. Kevennostossuja (esim. Maxxcare) käytti

asiakkaillaan 20 % vastaajista. Vedellä käytettyjä kertakäyttökäsineitä ei käyttänyt kukaan. Yksikään vastaaja ei myöskään vastannut tähän vaihtoehtoa ”en millään”.

Opinnäytetyössä kartoitettiin yksikköjen käytössä yleisimmin olevia painehaavojen ennaltaehkäisyn tuotteita (kuvio 17). Vaihtoehdot olivat ennalta valittuja tässäkin kysymyksessä ja niistä pystyi valitsemaan yhden tai useamman vaihtoehdon. Valintojen määrää ei ollut rajoitettu. Oli mahdollista vastata myös ”joku muu, mikä”. Vastauksia saatiin 56 vastaajalta yhteensä 181.

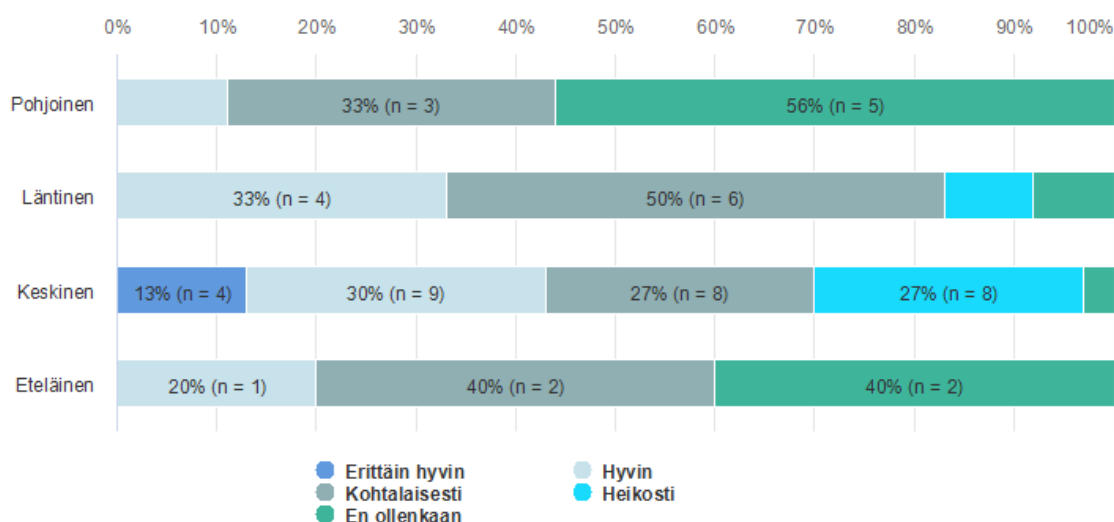


Kuvio 17. Yksikköjen käytössä olevat ennaltaehkäisyn tuotteet.

Vastausvaihtoehdoissa oli niin kertakäyttöisiä kuin monikäyttöisiä tuotteita. Kaikista yksiköiden käytössä olevista ennaltaehkäisevistä tuotteista koko maakunnassa suosituin vaihtoehto oli Mepilex border (77 %), toiseksi suosituin

vaihtuvapaineinen ilmapatja (73 %) ja kolmanneksi suosituin vaihtoehto oli PU-vaahtogeelipatja (59 %). Lampaantalja oli vielä käytössä 11 % vastaajan yksikössä. Kukaan ei käyttänyt vedellä täytettyjä kertakäyttökäsineitä. Joku muu mikä -vastauksia oli kaksi, joista toisessa nostettiin esiin ”*Pieni geelityyny kanta-päiden alle*”, ja toisessa ”*asentotyyny, ihonsuojavoide vaippa-alueelle, istuma-alustat pyörätuoliin*”.

Siun sotella on oma ”estä painehaava” -työohje. Työohje löytyy Intranetistä. Kyselyssä selvitettiin, kuinka hyvin haavavastaavat olivat tähän ohjeeseen tutustuneet (kuvio 18). Vastauksia verrattiin Siun soten aluejaon mukaisesti maakunnan eri alueiden välillä.

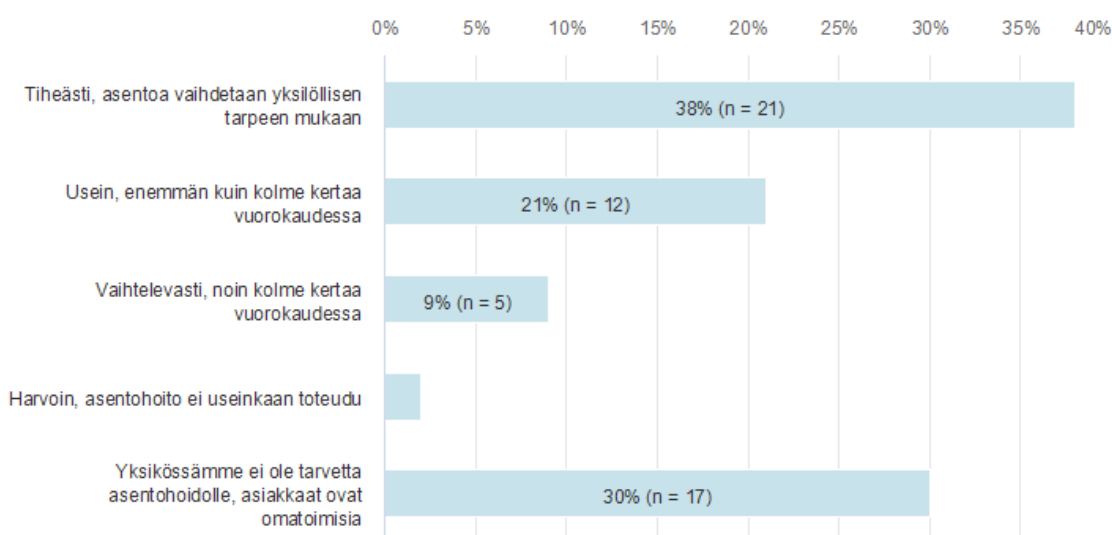


Kuvio 18. Perehtyneisyys ”estä painehaava” -työohjeeseen.

Koko maakunnan alueella puolet (50 %) Siun soten haavavastaavista oli perehtynyt Siun soten ”estä painehaava” -työohjeeseen kohtalaisesti tai heikosti. Kolmasosa, eli 34 % oli perehtynyt siihen erittäin hyvin tai hyvin. Vastaajista 16 % ei ollut perehtynyt siihen lainkaan. Vain keskisellä alueella ohjeeseen oli perehtytty erittäin hyvin 13 % vastaajan toimesta. Pohjoisella alueella 56 % ja eteläisellä alueella 40 % ei ollut perehtynyt ”estä painehaava” -työohjeeseen ollenkaan. Lähihoitajista 29 % ja sairaanhoitajista ja kättilöstä 10 % ei ollut perehtynyt ohjeeseen ollenkaan.

Haavavastaavilta kysyttiin, kuinka yksikköjen käytännön hoitotyössä Bradenin riskiluokitusmittarin mukaisen patjan käyttö toteutuu. Yleisellä tasolla noin kolmasosa eli 32 % vastaajista koki, että oman yksikön käytännön hoitotyössä Bradenin riskiluokitusmittarin mukainen patjan käyttö toteutuu joko erinomaisesti tai hyvin. Suurin osa eli 39 % oli sitä mieltä, että tämä toteutuu vaihtelevasti. Lisäksi 13 % koki, että oikean patjan käyttö toteutuu joko heikosti tai ei ollenkaan. Vaihtoehdon ”ei ollenkaan, miksi?” kohdan oli valinnut kaksi vastaajaa. Heistä toinen kertoi, että ”*vastaanottotyö, potilaat eivät makaa täällä pitkään*” ja toinen taas että ”*ei pysty käyttämään, koska potilaat ovat leikkaustasolla*”. Vastaajista 9 % vastasi, että asiakkaat ovat omatoimisia, joten tarvetta ei ole. Alueellisia eroja ei noussut esille, eikä eroja ollut eri ammattiryhmien välilläkään.

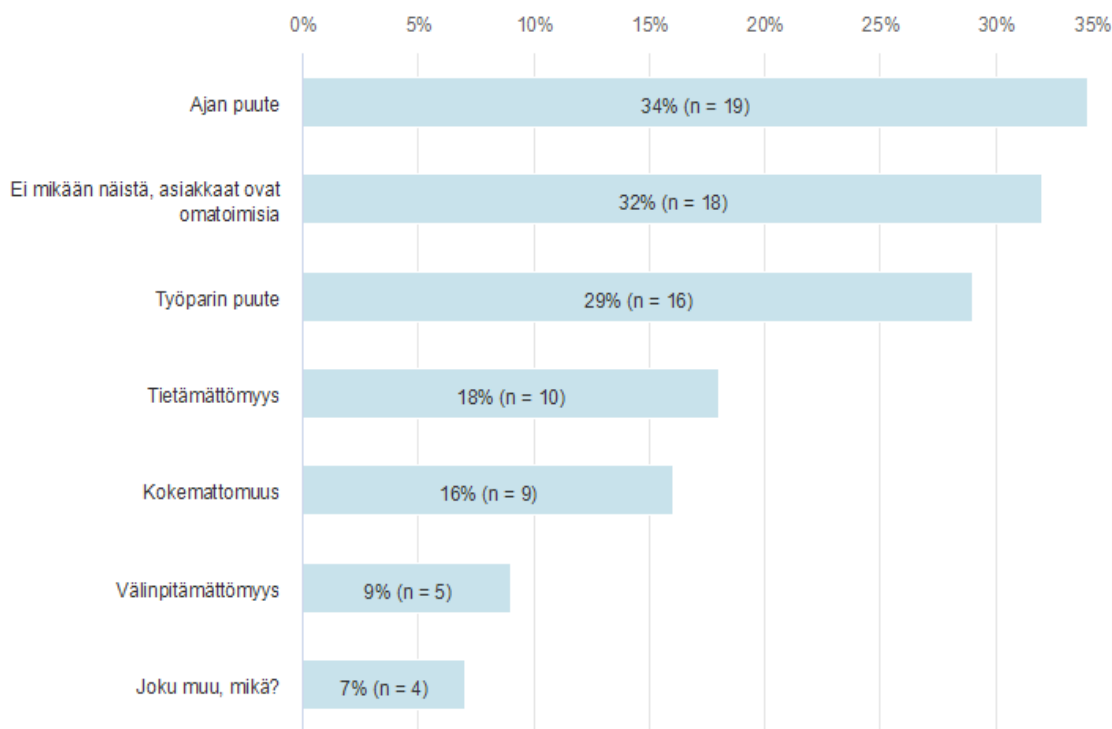
Asentohoidon toteutuminen yksiköissä on esitetty kuviossa 19. Kysymyksessä oli mahdollisuus valita yksi tai useampi vaihtoehto. Vastauksia saimme yhteensä 81 kaikilta 56 vastaajalta.



Kuvio 19. Asentohoidon toteutuminen yksikössä.

Koko maakunnan alueella asentohoito toteutuu suurimmassa osassa (38 %) yksiköissä tiheästi, yksilöllisen tarpeen mukaan. Yksi vastaaja oli vastannut, että asentohoito ei useinkaan heidän yksikössään toteudu. Asiakkaat olivat omatoimisia noin 30 % kohdalla, joten tarvetta asentohoidolle ei heidän yksikössään ole. Alueellisia eroja vertailtaessa tuloksista nousi esille, että eteläisellä alueella oli eniten (60 %) omatoimisia asiakkaita, joten asentohoidolle ei ole tarvetta.

Parhaiten asentohoito toteutuu läntisellä sekä keskisellä alueella. Lähihoitajista 59 % ja sairaanhoitajista ja kättilöstä 28 % kokee, että asentohoito toteutuu tiheästi. Kuviossa 20 on nähtävissä syitä asentohoidon toteutumattomuudelle.



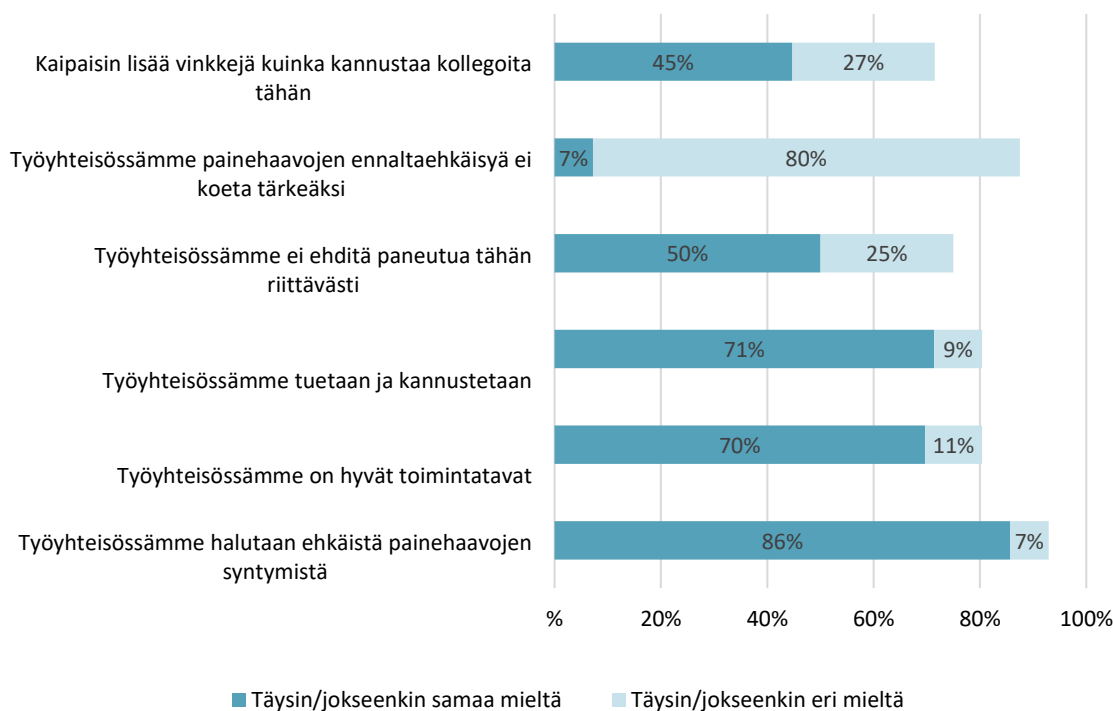
Kuvio 20. Syitä sille, miksi asentohoito ei toteudu.

Suurimpina syinä asentohoidon toteutumattomuudelle koko maakunnan alueella yleisesti koettiin olevan ajan puute (34 %) työparin puute (29 %) tai tietämättömyys (18 %). Asiakkaat olivat omatoimisia 32 % yksiköissä. Tässä kysymyksessä oli vastausvaihtoehto ”Joku muu, mikä? Esiin nousi tilanne, jossa *”leikkausasento ei välttämättä anna mahdollisuutta vaihtaa asentoa”*. Yhden vastaajan yksikössä oli *”tarvetta lähinnä istumapainehaavojen ennaltaehkäisyyn”*. Lisäksi oli saatu kaksi vastausta, että asentohoito toteutuu.

8.6 Työyhteisön kollegoiden asenne painehaavojen ennaltaehkäisyyn

Kyselyssä kysyttiin, miten haavavastaavan työyhteisön kollegat suhtautuvat painehaavojen ennaltaehkäisyyn (kuvio 21). Ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan tässä Bradenin täyttämistä, asentohoitoa, ennalta ehkäisevien tuotteiden käyttöä,

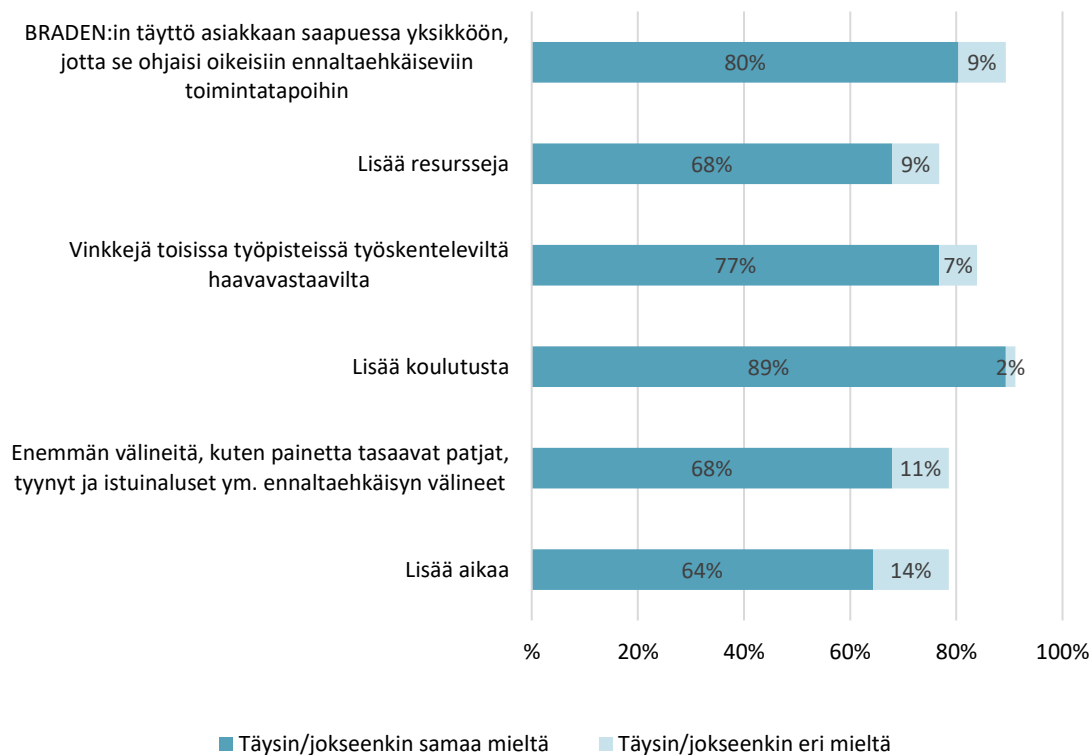
sekä ravitsemustilan ja ihon kunnosta huolehtimista. Tässä kysymyksessä vaihtoehdot olivat Likertin asteikolla, jossa keskimäinen vaihtoehto numero 3 tarkoitti ”ei samaa eikä eri mieltä”. Tähän luokkaan 3 kuuluvat vastaukset näkyvät kuviossa valkeana, ja niitä ei ole erikseen pisteytetty.



Kuvio 21. Työyhteisön kollegoiden asenne ennaltaehkäisyyn (n = 56).

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että painehaavojen ennaltaehkäisy koetaan tärkeäksi työyhteisössä. Työyhteisöissä on tahto painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Vastaajat kokivat myös, että työyhteisön ilmapiiri on kannustava ja tukeva, ja että heillä on hyvät toimintatavat ennaltaehkäisyyn.

Kyselyssä selvitettiin, mitkä asiat olisivat vastaajien mielestä tärkeimpiä painehaavojen ennaltaehkäisyyn työyhteisössä (kuvio 22). Tässäkin kysymyksessä vaihtoehdot olivat Likertin asteikolla, jossa keskimäinen vaihtoehto numero 3 tarkoitti ”ei samaa eikä eri mieltä”. Tähän luokkaan 3 kuuluvat vastaukset näkyvät kuviossa valkeana, ja niitä ei ole erikseen pisteytetty.

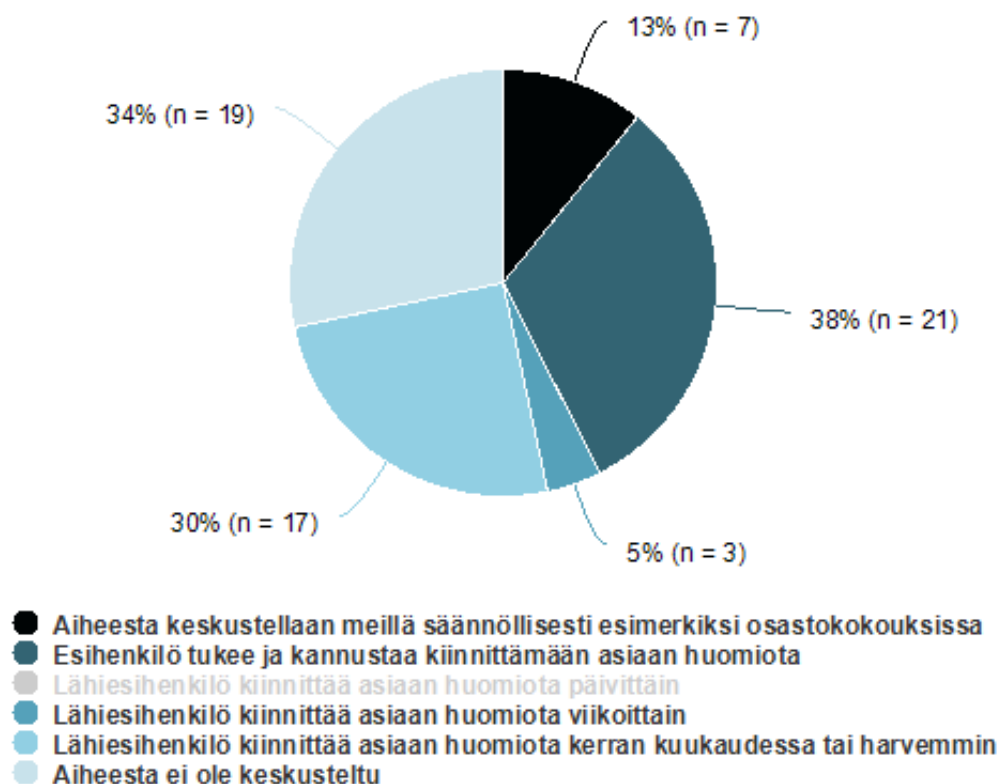


Kuvio 22. Työyhteisöjen tärkeimmät asiat ennaltaehkäisyyn (n = 56).

Vastaukset jakautuivat melko tasaisesti kaikkien vaihtoehtojen välillä. Suurin osa vastaajista toivoi lisää koulutusta (89 %). Toiseksi tärkeimmäksi koettiin Bradenin täyttäminen asiakkaan saapuessa yksikköön, jotta se ohjaisi oikeisiin ennaltaehkäiseviin toimintatapoihin (80 %). Vastaajat toivoivat myös vinkkejä toisissa työpisteissä työskenteleviltä haavavastaavilta painehaavojen ennaltaehkäisyyn (77 %). Lisää resursseja, välineitä ja aikaa kaivattiin tasaisesti.

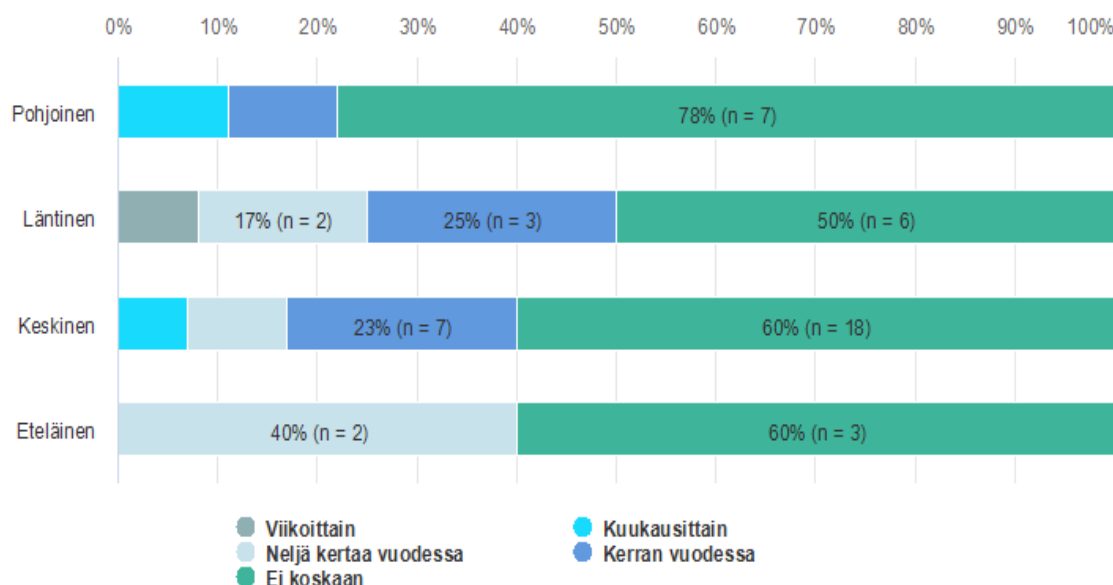
8.7 Lähiesihenkilön tuki painehaavojen ennaltaehkäisyyn

Kyselyssä kartoitettiin lähiesihenkilöiden suhtaututumista painehaavojen ennaltaehkäisyyn (kuviokuva 23). Vastaajalla oli mahdollisuus valita yksi tai useampi vaihtoehto. Vastaajia oli 56 ja vastauksia saatiin 67.



Kuvio 23. Lähiesihenkilön suhtautuminen painehaavojen ennaltaehkäisyyn.

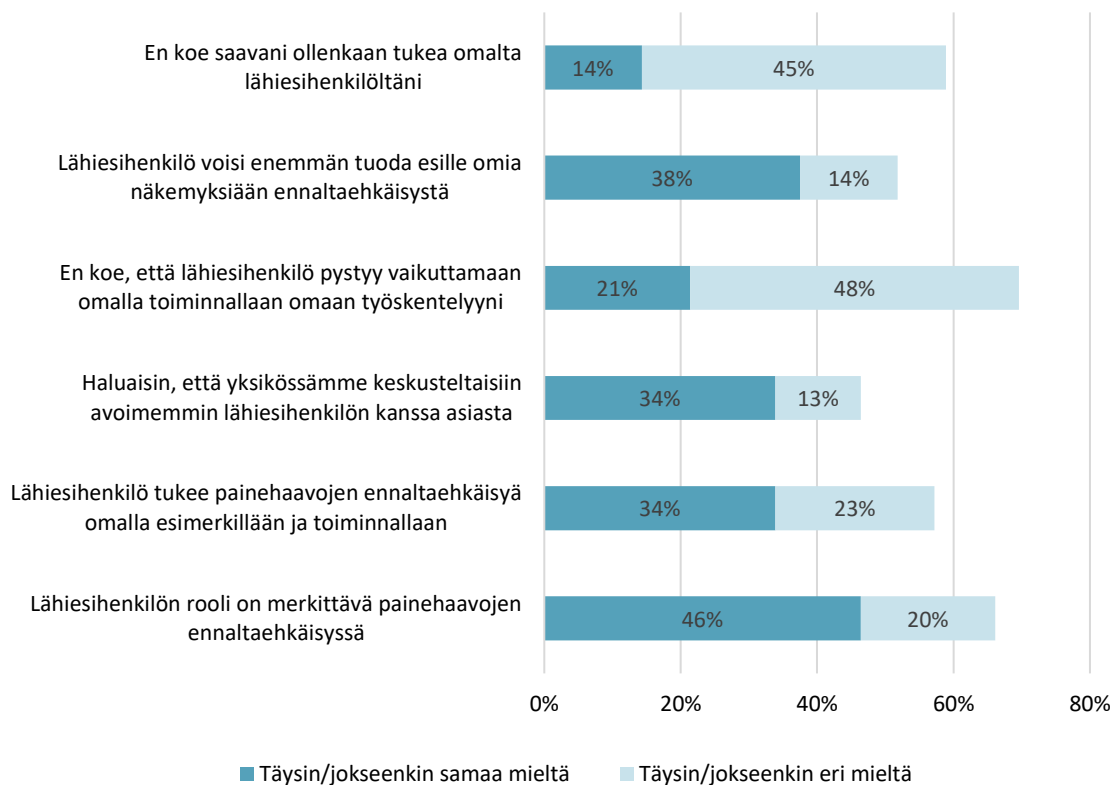
Koko maakunnan alueella vastaajista 38 % oli sitä mieltä, että lähiesihenkilö tukee ja kannustaa kiinnittämään asiaan huomiota. Vastaajista 5 % koki, että lähiesihenkilö kiinnittää asiaan huomiota viikoittain. Lisäksi 13 % toi esille, että aiheesta keskustellaan säännöllisesti esimerkiksi osastokokouksen yhteydessä. Kolmasosa eli 34 % koki, että aiheesta ei ole keskusteltu lähiesihenkilön kanssa. Seuraavaksi selvitettiin, miten usein vastaajien yksiköissä kerrotaan (esimerkiksi osastokokouksessa), kuinka monta Bradenia yksikössä on täytetty tietyllä aikavälillä (kuvio 24). Vastauksia verrattiin Siun soten aluejaon mukaisesti maakunnan eri alueiden välillä.



Kuvio 24. Täytettyjen Bradenin riskiluokitusmittari -lomakkeiden läpikäyminen yksiköissä (n=56).

Koko maakunnan alueella vastaajista 34 (60 %) toi esille, että yksikössä täytetyt Bradenin riskiluokitusmittarilomakkeita ei käydä läpi koskaan. Viidennes (20 %) vastasi, että asia käydään läpi kerran vuodessa ja seitsemän eli 13 % vastaajista oli sitä mieltä, että asiasta keskustellaan osastokokouksessa tai muussa vastaavassa neljä kertaa vuodessa. Vastaajista kolme toi esille, että asiasta keskustellaan kuukausittain ja yhden vastaajan mukaan asiaa käydään läpi viikoittain. ”Ei koskaan” vastausvaihtoehto korostui pohjoisella alueella 78 % valitessa tämän vaihtoehdon. Tämä vaihtoehto oli suosituin vastausvaihtoehto myös kaikilla muilla Siun sotien kolmesta alueesta.

Seuraavaksi kyselyssä selvitettiin, millaisena vastaajat kokevat lähiesihenkilön tuen painehaavojen ennaltaehkäisyyn liittyen (kuvio 25). Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat Likertin asteikolla. Keskimäinen vaihtoehto numero 3 tarkoitti ”ei samaa eikä eri mieltä”. Tähän luokkaan 3 kuuluvat vastaukset näkyvät kuviossa valkeana, ja niitä ei ole erikseen pisteytetty.

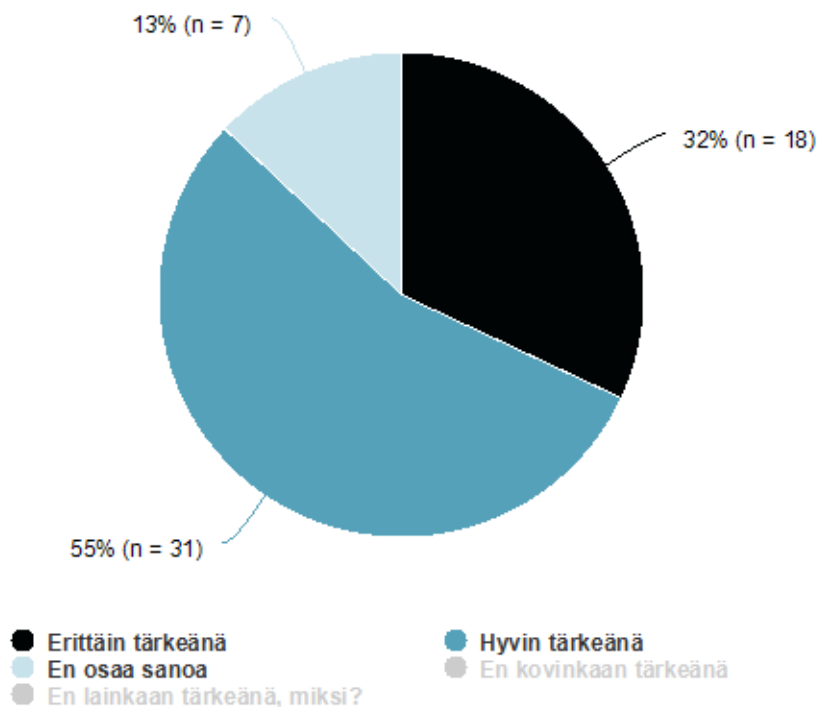


Kuvio 25. Lähiesihenkilön tuki painehaavojen ennaltaehkäisyyn (n = 56).

Lähiesihenkilön roolia pidettiin merkittävänä painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja koettiin myös hyvänä, että lähiesihenkilö tukee omalla toiminnallaan ja esimerkillään ennaltaehkäisyä. Toivottiin, että painehaavojen ennaltaehkäisystä keskusteltaisiin avoimemmin lähiesihenkilön kanssa, ja että lähiesihenkilö toisi esille enemmän omia näkemyksiään ennaltaehkäisystä. Pieni osa vastaajista toi esille, että yksikön asiakkaat ovat omatoimisia, joten heillä ei ole tarvetta keskustella ennaltaehkäisystä.

8.8 Haavavastaavien verkostoituminen

Haavavastaavilta kysyttiin, kuinka tärkeänä he pitävät haavavastaavien verkostoitumista (kuvio 26). Tämän kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat ”Erittäin tärkeänä, hyvin tärkeänä, en osaa sanoa, en kovinkaan tärkeänä ja en lainkaan tärkeänä, miksi?”. Yhdelle vastaukselle oli annettu myös avoin vaihtoehto.



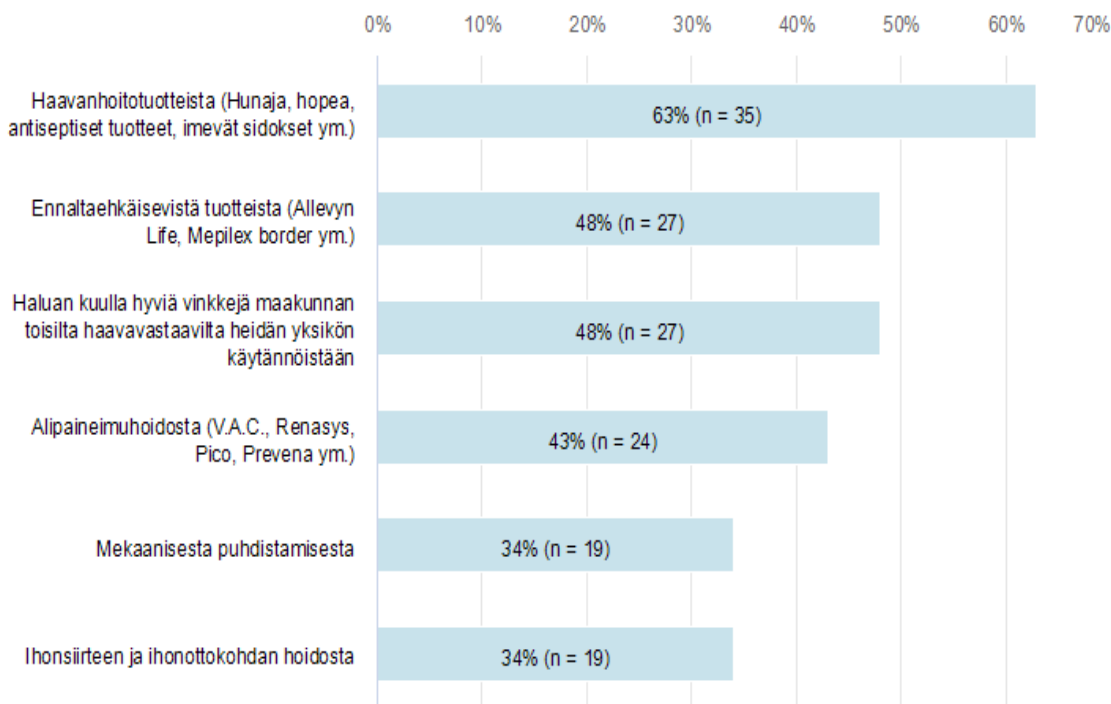
Kuvio 26. Haavavastaavien verkostoitumisen tärkeys.

Haavavastaavien verkostoituminen koettiin tärkeäksi. Liki yhdeksän vastaajaa kymmenestä oli sitä mieltä, että verkostoituminen on erittäin tai hyvin tärkeää. Noin yksi kymmenestä ei osannut ottaa asiaan kantaa. Kukaan ei pitänyt haavavastaavien verkostoa ei kovinkaan tai ei lainkaan tärkeänä. Tähän kysymykseen ei saatu avoimia vastauksia.

Sairaanhoidajista ja kättilöstä 62 % ja lähihoitajista 47 % käyttää Teams-sovellusta säännöllisesti töissä ollessaan. Koko maakunnan alueella yli puolet, 57 % käytti sovellusta säännöllisesti ja 18 % ajoittain. Vastaajista viidennes eli 21 % käyttää Teams-sovellusta tarvittaessa. Vain 4 % vastaajista ei käytä sovellusta työssään. Kenelläkään ei ollut jotakin muuta vastaavaa sovellusta käytössä.

8.9 Haavanhoidosta kaivataan lisää tietoa

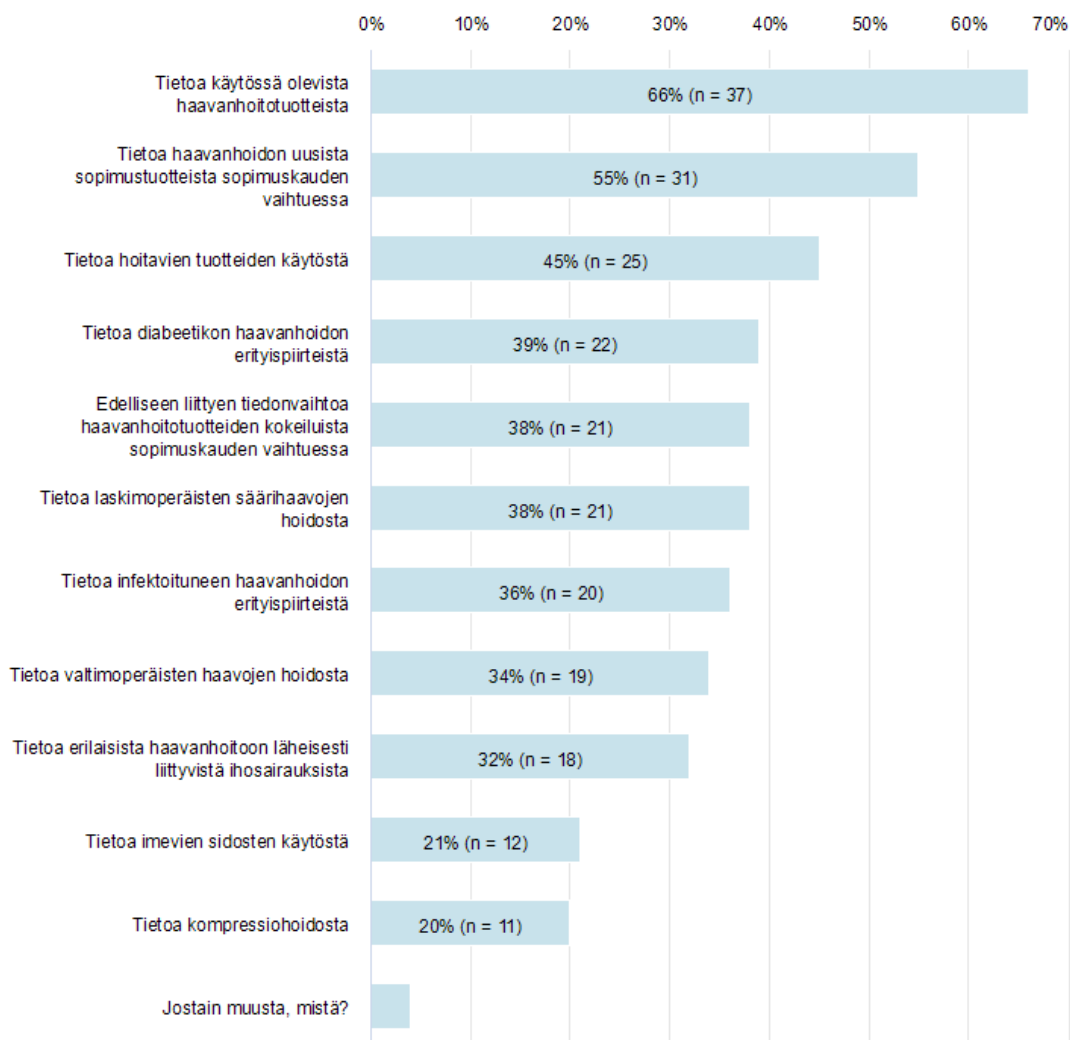
Kuviosta 27 selviää, mistä asioista haavavastaavat kaipaavat lisää tietoa. Tässä oli mahdollisuus valita 1–5 vastaajan mielestä tärkeintä asiaa. Vastauksia saatiin yhteensä 213 kaikilta 56 vastaajalta.



Kuvio 27. Painehaavoihin liittyen lisätietoa kaivataan.

Maakunnan alueella liki kaksi vastaajaa kolmesta eli 63 % kaipasi tietoa yleisesti haavanhoitotuotteista. Toiseksi eniten (48 %) kaivattiin tietoa ennalta ehkäiseivistä tuotteista sekä hyviä vinkkejä maakunnan toisilta haavavastaavilta heidän yksikkönsä käytännöistä.

Yhtenä kysymyksenä oli, mitä muuta haavanhoitoon liittyvää tietoa toivoisit jatkossa haavavastaavien verkostolta, kun tämä opinnäytetyöhömmme liittyvä painehaavoja käsittelevä osio on saatu valmiiksi (kuvio 28). Vastaajan oli mahdollista valita 1–5 itselle tärkeintä asiaa 11 vastausvaihtoehdon joukosta. Vastauksia saatiin yhteensä 239 ja vastaajia oli 56.



Kuvio 28. Tietoa, mitä kaivataan jatkossa.

Vastaukset jakoutuivat kohtalaisen tasaisesti koko maakunnan tuloksia verrattaessa. Eniten tietoa kaivattiin käytössä olevista haavanhoitotuotteista (66 %), uusista sopimustuotteista sopimuskauden vaihtuessa (55 %) sekä tietoa hoitavien tuotteiden käytöstä (45 %). Valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi oli vaihtoehto ”jostain muusta, mistä”. Tässä kaksi vastaajaa toivoo tietoa ”*asiakkaan opastaminen niin että kotihoito onnistuisi*” sekä ”*hankalan staassiekseeman hoidosta*”.

8.10 Odotuksia haavavastaavien verkostolle

Kyselyssä oli yksi avoin kysymys: Mitä odotat tältä haavavastaavien verkostolta? Tyhjäksi jätettyjä, en tiedä - tai en osaa sanoa -vastauksia oli yhteensä 12. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin teemoittelun avulla. Avoimen

lisäksi vinkkejä ja kokemuksia muista yksiköistä liittyen haavanhoitoon ja painehaavojen ennaltaehkäisyyn:

”Kokemusten vaihtoa.”

”Vinkkejä ja kokemuksia muista työyhteisöistä ennaltaehkäisystä painehaavojen syntymisessä.”

”Kaipaisin kokemuksia uusista ihon suojaamis-, ihonhoito- sekä haavanhoitotuotteista ja vinkkejä tuotteiden käyttöön.”

Haavavastaavien verkostossa toivottiin pääsevän verkostoitumaan muiden maakunnan haavavastaavien kanssa. Verkoston avulla toivottiin yhteistyön lisääntyvän ja sen myötä saatavan tukea toisilta haavavastaavilta. Verkoston toivottiin olevan helppo kanava mieltä askarruttavien asioiden kysymiselle. Lisäksi sen toivottiin tuovan apua käytäntöjen yhtenäistämiseen. Eräässä vastauksessa tuotiin esille, kuinka verkostoa voitaisiin jatkossa hyödyntää esimerkiksi tiedon jakamiseen haavanhoitotuotteiden sijainnista:

”jokaisella osastolla ei tarvitse olla isoa materiavarastoa, koska harvoin käytettävät tuotteet vanhenevat hyllyyn. Olisi hyvä kun olisi tieto, mistä harvinaisempia tuotteita saa 24/7, jotta potilaan hoito olisi optimaalista.”

Yhteistä koulutusta toivottiin niin etä- kuin lähikoulutuksenakin. Verkostosta toivottiin löytyvän tiiviitä tietopaketteja esimerkiksi uusista haavahoitotuotteista, erilaisten haavojen sekä ihottumien hoidosta. Verkostosta toivottiin löytyvän vinkkejä muualla järjestettävistä hyvistä koulutuksista:

”Yhteisiä koulutuksia etänä esimerkiksi Teamsia hyödyntäen.”

”Kokoontumiset/koulutukset ja ajatuksen vaihdot harvakseltaan pitävät yllä tietoja ja taitoja sekä päivittää aiemmin opittuja.”

Haavavastaavien välistä keskustelua ja yhteistyötä toivottiin myös. Keskustelujen toivottiin antavan uusia oivalluksia omaan työhön siitä, mitä erilaisen osamisen ja kokemuksen myötä toisille haavavastaaville on kertynyt. Vastaajien mukaan vastavuoroisen keskustelun avulla voitaisiin puhua uutuuksista, havainnoista ja kokemuksista. Toivottiin reilua keskustelua siitä, miten aikaa, rahaa ja asiakasta säästään voitaisiin saada haavat parantumaan:

”helppoa kanavaa jossa kysyä mieltä askarruttavia asioita.”

”Neuvoa, keskustelua.”

”Keskustelua, sillä erilaisen osaamisen ja kokemuksen myötä saa uusia oivalluksia.”

Käytäntöjen jakaminen koettiin tärkeäksi osaksi verkostoa. Verkoston avulla toivottiin saatavan hyviä käytänteitä ja vinkkejä omaan työhön. Hyvien käytäntöjen jakaminen voisi tehdä haavanhoidosta laadukasta ympäri maakuntaa:

”Hyvien käytänteiden siirtymistä toisillekin käyttöön.”

”Haavahoito olisi laadukasta joka puolella Siun sotea. Kokemusten, tiedon ja hyvien käytänteiden jakamista.”

9 Haavavastaavien verkoston luominen ja tietopaketit

9.1 Verkoston suunnittelu

Kehittämistyön tuloksena syntyi Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen haavavastaavien oma verkosto Teams-sovellukseen. Verkosto on suunniteltu kyselyn tulosten pohjalta. Opinnäytetyön tulosten mukaan liki kaikki haavavastaavat käyttävät Teams-sovellusta työssään, ainakin tarpeen vaatiessa. Myös Sutelan ym. (2019, 84) mukaan yleisin työssä käytetty sovellus on reaaliaikainen pikaviestintäväline. Täten verkoston luomisalustaksi valikoitui Teams-sovellus. Tutkimuksen alussa kartoitettiin kyselyn avulla haavavastaavien tietoja, taitoja ja asenteita painehaavojen ennaltaehkäisyyn liittyen sekä toiveita verkoston suhteen. Tältä pohjalta verkosto alkoi muodostua.

Vastausten perusteella kaivattiin hyviä vinkkejä maakunnan toisilta haavavastaavilta erilaisista käytännöistä. Verkoston on tarkoitus omalta osaltaan vahvistaa haavavastaavien yhteenkuuluvuuden tunnetta välimatkoista huolimatta. Verkostossa on mahdollista keskustella ja jakaa kokemuksia muiden kanssa.

9.2 Verkoston sisältö

Verkoston sisältö on luotu tämän opinnäytetyön kyselyn vastausten pohjalta. Avoimen kysymyksen avulla selvitettiin, millaisia odotuksia haavavastaavilla on verkoston suhteen. Vastausten perusteella toivottiin tietoa, kokemusta, verkostoitumista, koulutuksia, keskustelua ja käytäntöjen jakamista toisten haavavastaavien kanssa. Kahdessa vastauksessa oli kerrottu omia kokemuksia haavanhoidoista. Vastauksista on havaittavissa, että haavavastaavat kaipaavat vertaistukea ennaltaehkäisyyn ja kokemusten vaihtoa painehaavojen hoidosta. Eräässä esimerkissä tuotiin esille, millaista asiakkaiden haavan hoitaminen on kotihoidossa:

” Ongelma kotihoidossa on se, että haavaa saattaa hoitaa joka kerta eri hoitaja. Vaikka on hyvät ohjeet, haavan hoito on yksilöllistä. Haava pitäisi myös arvioida, mitata jne. Se jää usein tekemättä. Hoidetaan vaan rutiininomaisesti. Haavan perimmäinen syy jää selvittämättä.”

Toisessa vastauksessa oli tuotu esille ajatuksia terveysasemalla työskentelystä. Esimerkissä tulee esille työn yksinäisyys ja tiedon puute painehaavojen hoitamisesta ja asiakkaan informoinnista:

”työ on yksinäistä omalla terveysasemalla, sillä kollegoilla on vaihtelevan vähän kokemusta eikä lääkäreiltä saa aina asianmukaisia konsultaativastauksia. Esimerkkinä nuoren alaraajahalvaantuneen naisen haavaa oli hoidettu 2 kuukautta. Kotihoidon lääkäriä oli kuvakonsultoitu. Kukaan ei ollut kertonut 2 kk:n aikana kertonut potilaalle, että kyseessä on painehaava, jonka tärkein hoito on paineen poistaminen.”

Työntekijän tulee olla tietoinen oman alan tutkimuksista ja tutkimusnäytöstä. Työntekijän ei voida olettaa etsivänsä tietoa kattavasti itse. (Korhonen ym. 2018, 79.) Tämän vuoksi organisaatiossa tulee olla yhtenäiset näyttöön perustuvat käytännöt sekä helposti löydettävät tietovarannot luotettavan tiedon

tallentamiseen (Holopainen ym. 2018, 61; Korhonen ym. 2018, 79). Verkoston avulla tieto on helposti löydettävissä ja tallennettavissa omaan käyttöön. Kyselyn vastausten perusteella eniten toivottiin löytyvän tietoa käytössä olevista haavanhoitotuotteista sekä tietoa uusista sopimustuotteista sopimuskauden vaihtuessa. Myös tietoa alipaineimuhoidosta, mekaanisesta puhdistamisesta, ihonsiirteen ja ihonotokohdan hoidosta, hoitavien tuotteiden käytöstä, ihosairauksista ja diabeetikon haavanhoidon erityispiirteistä toivottiin. Näistä aiheista valittiin painehaavoihin lähimmin liittyvät verkoston tietopankkiin.

Siun sotella on parhaillaan talven 2022–2023 aikana menossa haavanhoitotuotteiden kilpailutus. Tämän jälkeen useampi nykyisin käytössä oleva haavanhoitotuote tulee todennäköisesti vaihtumaan toisen valmistajan vastaavaksi tuotteeksi. Verkostoitumisen avulla organisaatiot mukautuvat nopeasti olosuhteiden muutoksiin, koska yhteinen innovaatiokyky auttaa ennakoimaan ja hallitsemaan muutoksia (Harinsalo 2021, 227). Verkostoituminen tulee toimimaan hyvin näiden uusien haavanhoitotuotteiden sisäänajovaiheessa tiedon välityskanavana.

9.3 Verkoston toteuttaminen

Siun soten ICT-yksikön hankintasuunnittelija teki joulukuussa 2022 pyynnöstä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen haavavastaaville tiimin Teams-sovellukseen. Haavavastaavat lisättiin verkostoon itse tammikuun alussa 2023. Alussa sinne lisättiin yhteensä 221 haavavastaavaa. Saatujen yhteydenottojen perusteella osallistujia on lisätty ja poistettu sitä mukaa, kun ilmoituksia haavavastaavien muutoksista on saatu. Kirurgian poliklinikan ylilääkäri Eeva-Kaisa Titov sekä plastiikkakirurgi Hilve Turunen lisättiin verkostoon heidän omasta toiveestaan. Jatkossa myös plastiikkakirurgiaan erikoistuvat lääkärit lisätään verkostoon, että he pääsevät tutustumaan haavoihin liittyviin tiedostoihin ja ohjeisiin.

Teams-verkoston tietopaketit on koottu niistä painehaavoihin liittyvistä aiheista, mitä haavavastaavat toivoivat sieltä löytyvän. Verkostoon on luotu erilaisista haavanhoitoon liittyvistä aiheista kansioita, joihin on tuotettu tiedostoja sekä koottu työohjeita (liite 5). Osa ladatuista ohjeista on Siun soten omia sisäiseen käyttöön tarkoitettuja työohjeita. Verkoston aloituskokousta varten tehtiin itse

kolme PowerPoint -esitystä aiheista: Onkalohaavan hoito -PowerPoint (liite 6), hypergranulaatiokudos -PowerPoint (liite 7), sekä mekaaninen ja terävä puhdistus -PowerPoint (liite 8). Verkoston tiedostoihin esitykset jaettiin PDF-muodossa. Onkalohaavan hoidosta ja hypergranulaatiokudoksesta luotiin lisäksi lyhyet havainnollistavat videot, jotka lisättiin tiedostoon. Erilliset, pidemmät videot luotiin sacrumin painehaavan hoidosta ja kantapään painehaavan hoidosta tätä verkostoa varten. Verkostoon ladatut videot ja PowerPoint -esityksiin liitetyt valokuvat kuvattiin itse. Myös videoiden editointi on tehty itse internetistä löytyvällä ilmaisella Openshot-ohjelmalla. Videoilla ja valokuvissa esiintyviltä henkilöiltä on kysytty kirjallinen lupa videoiden ja kuvien koulutuskäyttöön Siun soten käytänteiden mukaisesti. Videot ja tiedostot on hyväksynyt kirurgian poliklinikan ylilääkäri Eeva-Kaisa Titov, plastiikkakirurgi Hilve Turunen sekä asiantuntijasairaanhoitaja / auktorisoitu haavahoitaja Kielo Turtiainen.

Verkostolle pidettiin yksi toiminnan aloittava Teams-kokous 7.2.2023 (liite 9). Teams-kokoukseen osallistui 44 (19 %) haavavastaavaa, kun haavavastaavia kokouksen ajankohtana oli yhteensä 230. Kokous oli osallistava ja kokouksen aikana kysyttiin kolme kysymystä Teamsin Polls -sovelluksella:

- Painehaava on haittatapahtuma: Kyllä / Ei / En osaa sanoa
- Oletko perehtynyt uuteen työohjeeseen: PTH, ESH, SOS haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin: Kyllä/Ei
- Miten usein koet tarpeelliseksi haavavastaavien verkostopalaverit: 1x vuodessa / 2x vuodessa / 3x vuodessa / 4x vuodessa?

Kysymyksiin vastaaminen kokouksen aikana oli vapaaehtoista, eivätkä kaikki läsnä olleet kysymyksiin vastanneet. Vastanneista haavavastaavista 97 % (n=34) tiesi, että painehaava on haittatapahtuma, yksi vastaaja vastasi ”en osaa sanoa”. Yli puolet, 55 % (n=21) haavavastaajista oli ehtinyt perehtyä vuoden 2023 alussa ilmestyneeseen uuteen ohjeeseen haittatapahtuman kirjaamisesta, ja hieman alle puolet eli 44 % (n=17) ei ollut siihen vielä perehtynyt. Kokouksessa kerrottiin, mistä tämä kyseinen ohje löytyy. Ohje muun muassa linkitettiin verkoston painehaava -kansioon, josta se on helppo löytää. Kokouksen loppupuolella esitettiin kysymys, kuinka usein haavavastaavien verkostopalavereita olisi hyvä jatkossa järjestää. Tähän 54 % (n=20) vastasi 4 x vuodessa, 27 %

(n=10) vastasi kolme kertaa vuodessa ja 18 % (n=7) vastasi kaksi kertaa vuodessa. Kukaan ei valinnut vaihtoehtoa kerran vuodessa.

Kokouksen alussa esittelyjen jälkeen kerrottiin syksyllä 2021 tehdystä Webropol-kyselystä ensin yleisellä tasolla, koska oletuksena oli, että mukana oli myös uusia haavavastaavia. Syksyllä kyselyn auki ollessa haavavastaavia oli 187 henkeä, ja nyt kokouksen ajankohtana (7.2.2023) haavavastaavia oli 230 henkeä. Seuraavaksi esitettiin PowerPoint-kooste (liite 10) opinnäytetyön taustoista, tuloksista ja jatkokehitysehdotuksista. Tämän aloituskokouksen lomassa esitettiin kysymyksiä, koska kokouksen oli tarkoitus olla osallistava. Opinnäytetyön tuloksiin liittyen lisättiin verkoston keskustelualueelle kysymys, johon haavavastaavat voisivat tuoda hyviä ideoita Bradenin riskiluokitusmittarin käyttöasteen nostamiseksi. Muun muassa tämän kysymyksen myötä verkoston keskustelun on tarkoitus jatkua kokouksen päätyttyäkin. Vastausaikaa tähän oli helmikuun loppuun saakka. Vastauksia ei tässä opinnäytetyössä käsitellä.

Kokouksen loppupuolella asiantuntijasairaanhoitaja, auktorisoitu haavahoitaja Kielo Turtiainen piti lyhyen puheenvuoron haavanhoitotuotteiden käynnissä olevasta kilpailutuksesta. Opinnäytetyön kyselystä nousi esille, että tästä aiheesta tietoa toivotaan ja aihe oli monellakin tapaa ajankohtainen, joten se päätettiin ottaa osaksi kokousta. Turtiaisen puheenvuoron jälkeen saatiin nyt kokeilussa oleville, mahdollisille uusille sopimustuotteille muutamia uusia tuotekokeilupaikkoja, joten kokous oli senkin puolesta onnistunut. Verkoston keskustelualueelle lisättiin kysymys ”onko kysyttävää haavanhoitotuotteiden kilpailutukseen liittyen”. Tähän keskusteluun on mahdollisuus osallistua myös heillä, jotka eivät aloituskokoukseen päässeet osallistumaan.

Palautetta kerättiin opinnäytetyön toiminnallisesta osuudesta eli aloituskokouksesta ja verkostosta Padlet-sovelluksella (liite 11). Vastaajia ohjeistettiin, että vastaukset tulevat nimettöminä, ja ”sekä risut että ruusut” ovat tervetulleita. Pääsääntöisesti annettu palaute oli positiivista. Aihe koettiin tärkeäksi, samoin kuin verkostoituminen. Hyväksi koettiin myös se, että haavanhoitoon liittyvät ohjeet löytyvät nyt samasta paikasta, Teamsista. Risuja saatiin videoiden epäselvistä teksteistä, joka osin saattoi johtua siitä, että Teamsin kautta jaettuna

kapasiteetti ei ajoittain riittänyt hyvään videonlaatuun. PowerPoint-esityksistä koettiin, että osassa oli runsaasti tekstiä, ja diat vaihtuivat nopeasti. Toisaalta palautetta saatiin myös selkeästä esitystavasta. Hyvänä koettiin se, että materiaali on verkostossa, jolloin siihen voi palata myöhemmin. Positiivista palautetta saatiin niin selkeistä ohjeista, kuin siitä että mukana oli myös videoita. Osa koki saaneensa paljon uutta tietoa, ja joillekin taas tuli paljon tuttua asiaa. Kaikkea laadittua materiaalia ei kokouksessa esitetty, koska aika ei siihen riittänyt. Kerrottiin, että ne löytyvät verkoston tiedostoista ja jokainen voi käydä niihin tutustumassa itselleen sopivana ajankohtana.

Osa Siun soten haavahoitajista osallistui kaksi päivää 7.2.2023 pidetyn aloituskokouksen jälkeen erääseen haavanhoitokoulutukseen, josta saatua tietoa jaettiin kokouksen luentomateriaalit-kansiossa. Kansioon luotiin oma Word-asiakirja kyseisen koulutuksen nimellä otsikoituna, ja verkoston viestipuolella ohjattiin kaikkia koulutukseen osallistuvia kirjoittamaan joitakin tärkeitä tai muuten huomionarvoisia asioita sinne muistiin, jotta myös he, jotka eivät koulutukseen osallistu, saisivat sieltä tullutta tietoa käyttöönsä. Kaiken kaikkiaan vaikuttaa siltä, että haavavastaavien verkosto lähti hyvin ja monipuolisesti toimimaan.

10 Pohdinta

10.1 Aiemmat tutkimukset aiheesta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli yhdenmukaistaa painehaavojen hoitokäytännöt Pohjois-Karjalan maakunnan alueella niin, että jokainen saa näyttöön perustuvaa hoitoa. Tavoitteena oli kyselyn avulla tuottaa tietoa maakunnan haavavastaavien tiedoista, taidoista ja asenteista sekä esihenkilöiden tuesta liittyen painehaavoihin, niiden ennaltaehkäisystä, tunnistamisesta ja hoidosta. Tulosten perusteella luotiin verkosto ja esiteltiin sinne laadittu tietopankki kohderyhmälle. Jatkossa haavavastaavat pääsevät verkostoitumaan toistensa kanssa.

Opinnäytetyön idea on lähtenyt osittain kehittymään painehaava prevalenssi-tutkimuksen tuloksista. Vuonna 2021 Siun soten Painehaava prevalenssi-tutkimukseen saatiin 1688 vastausta. Kävi ilmi, että 31 % (noin 520) asiakkaista kuului joko korkeaan tai erittäin korkeaan painehaavariskiin. Bradenin arviota ei ollut tehty 11 % mukana olleista asiakkaista, ja 17 % sitä ei ollut kirjattu oikeaan paikkaan. Painehaavoja esiintyi 13 % (noin 220) asiakkaalla. Makuualustaa eli patjaa ei ollut valittu Bradenin riskiluokitusmittarin tuloksen mukaan 54 %:lla asiakkaista, ja istuinalustan kohdalla vastaava luku oli 65 %. Asentohoito sen sijaan toteutui 94 % kohdalla. (Siun sote 2021.) Tämän verkoston on osaltaan tarkoitus korjata näitä asioita lisäämällä ja vaihtamalla tietoja ja käytäntöjä organisaation eri yksiköiden välillä.

Aiempi YAMK-opinnäytetyö aiheesta on Tanskanen (2019) ”Painehaavojen ennaltaehkäisy – hoitosuositukseen perustuvan toimintamallin käyttöönotto, seuranta ja kehittäminen Siun soten alueella”. Esille nousi tarve lisätä hoitohenkilökunnan tietoja painehaavoista ja Bradenin riskiluokitusmittarin käytöstä. (Tanskanen 2019, 28–29.) Olemassa olevan henkilökunnan osaamisen kehittäminen on yksi tärkeimmistä osaamisen kehittämisen alueista (Viitala 2021, 126).

10.2 Lähihoitajien ja sairaanhoitajien väliset erot

10.2.1 Erot taustatiedoissa ja käytännön taidoissa

Lähihoitajat olivat päätyneet haavavastaaviksi suurimmaksi osaksi omasta kiinnostuksestaan, kun taas sairaanhoitajia tähän tehtävään oli päätenyt eniten esihenkilön nimittämänä. Ammattiryhmien väliset erot käytännön taidoissa olivat pieniä. Sairaanhoitajat ja kättilö kokivat osaavansa käyttää haavanhoidon sopimustuotteita hieman paremmin kuin lähihoitajat. Tällä hetkellä Siun sotella on meneillään haavanhoitotuotteiden kilpailutus, joten toivottavasti verkoston myötä tulevia uusia sopimustuotteitakin opittaisiin nopeasti käyttämään oikein. Haavaa hoitavalla hoitajalla tulee olla taitoa haavan tilan arvioimisesta, jotta hän osaa valita toimivimman paikallishoidon sekä haavasidokset (Hietanen &

Kuokkanen 2021a, 198–199). Haavanhoidon tuotteita on valtavasti. Tärkeintä on opetella käyttämiensä tuotteiden oikeaoppinen käyttö, sekä mahdolliset vasta-aiheet. Tuotteen valintaan vaikuttavat monet asiat, kuten haavan diagnoosi, sijainti, paranemisvaihe, sekä haavaeritteen määrä. Tarkoituksenmukainen haavanhoitotuote tukee haavan paranemista. (Hietanen & Kuokkanen 2021b, 149.)

Sairaanhoitajat ja kättilö -ryhmässä oli enemmän erinomaisia mekaanisen puhdistuksen taitajia kuin lähihoitajissa. Vain koulutettu hoitaja tai lääkäri voi tehdä mekaanista puhdistusta, ja hänen tulee tunnistaa esimerkiksi pahanlaatuinen kudus, jota ei saa poistaa, sekä anatomiset rakenteet, kuten mahdollinen arteriavuotouhka (Hietanen & Kuokkanen 2021a, 204–205). Mekaaninen puhdistus on erittäin tärkeä taito hoitajalle, ja tästä syystä verkostoon tehtiin siitä ohjeita.

10.2.2 Tietopohjaan liittyvät erot

Ammattiryhmien välisiä eroja löytyi painehaavoihin liittyvistä koulutuksista. Lähihoitajista vain kaksi oli käynyt Suomen haavanhoitoyhdistyksen järjestämällä haavapäivillä, kun sairaanhoitajista ja kättilöstä siellä oli käynyt 15. Tulevaisuudessa erilaisissa koulutuksissa kävijät voisivat esitellä saamiaan tietojaan haavavastaavien verkoston kautta toisille, jolloin niistä saataisiin organisaation sisällä suurempi hyöty. Yksikään lähihoitaja ei ollut erikoistumisopintoja käynyt, koska niitä ei ainakaan vielä tällä hetkellä lähihoitajille järjestetä.

Perehdytyksen yhteydessä tietoa painehaavoista koettiin tulleen perehdyttäjältä vain joka viidennen haavavastaavan kokemana. Painehaavojen ennaltaehkäisy ja hoito ovat tärkeitä asioita kaikissa yksiköissä, joten perehdytykseen ja organisaation ohjeiden esille tuomiseen tulee kiinnittää jatkossa enemmän huomiota. Siun soten omat painehaavakoulutukset olivat tämän tutkimuksen tulosten mukaan tärkeitä ja lisäksi hieman yli puolet oli käynyt Oppiportin ”estä painehaava” -koulutuksen. Jatkossa esihenkilöt voisivat nostaa yksiköissään esille Oppiportin koulutuksen käymisen suotavaksi kaikille, koska se on hyödyllinen

peruskoulutus aiheesta sekä mahdollistaa aiempaa useammalla Siun soten omiin koulutuksiin pääsemisen.

Yleisesti ottaen Siun sotessa oli tutustuttu Hotuksen hoitosuositukseen ”Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä” heikosti. Juutilaisen & Hietasen (2021, 415) mukaan haavapotilaiden hoitokäytännön ovat tällä hetkellä epäyhtenäisiä. Apuna hoidon suunnittelussa voi käyttää esimerkiksi kotimaisia Käypä hoito -suosituksia, joita on olemassa jo esimerkiksi kroonisista alaraajahaavoista. Lisäksi Suomen Haavanhoitoyhdistys on kääntänyt useita kansainvälisiä suosituksia, kuten painehaavan hoitosuosituksen. (Juutilainen & Hietanen 2021, 415.) Haavavastaavien täytyisi tutustua näihin hoitosuosituksiin, että asiakkaat saisivat hyvää näyttöön perustuvaa hoitoa. Akuutit haavat voivat kroonistua esimerkiksi epätarkoituksenmukaisen hoidon vuoksi (Hietanen 2021b, 68). Esihenkilöiden tulisi järjestää työaikaa eri ohjeisiin perehtymiseen.

Painehaavoihin liittyen lähihoitajat kaipasivat eniten tietoa haavanhoitotuotteista, mekaanisesta puhdistamisesta sekä alipaineimuhoidosta ja ennaltaehkäisevistä tuotteista. Sairaanhoitajat ja kättilö taas kaipasivat eniten lisätietoa haavanhoitotuotteista, vinkkejä maakunnan toisilta haavavastaavilta sekä tietoa ennaltaehkäisevistä tuotteista. Yleistä haavanhoitoon liittyvää tiedontarvetta kartoitettaessa lähihoitajat kaipasivat lisätietoa valtimoperäisten haavojen, laskimoperäisten säärihaavojen sekä diabeetikon haavanhoidon erityispiirteistä enemmän kuin sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat ja kättilö taas kaipasivat enemmän lisätietoa haavanhoitotuotteiden kokeiluista sopimuskauden vaihtuessa sekä uusista haavanhoidon sopimustuotteista kuin lähihoitajat.

Opinnäytetyön tuloksista nousi esille tarve tuoda painehaavoihin liittyvät Siun soten omat työohjeet kaikkien haavavastaavien tietoon. Ne onkin nostettu esille verkoston tietopankissa. Vain muutama haavavastaava oli perehtynyt ”Estä painehaava” -työohjeeseen (liite2) erittäin hyvin. Lähihoitajista löytyi huomattavasti enemmän työohjeeseen perehtymättömyyttä kuin sairaanhoitajista ja kättilöistä, joten tähän ammattiryhmään tulisi esihenkilöiden kiinnittää enemmän huomiota, että myös lähihoitajat perehtyisivät ohjeeseen paremmin.

”Estä painehaava” -työohjeessa (liite2) on kerrottu, minkälainen makuu- ja istuinalusta potilaalle milläkin Bradenin pistemäärällä kuuluu. Yksikin ennaltaehkäisty painehaava on suuri etu niin koko organisaatiolle kuin hyvinvointialueellekin taloudellisesti ja hyvän hoidon laadun maineena puhumattakaan yksittäisten potilaiden kokemuksista. Hietasen (2021a, 343) mukaan kliinisillä arvioilla ja riskimittareiden käytöllä ei ole mitään merkitystä, jollei niiden perusteella saatujen havaintojen pohjalta puututa asiakkaan riskitekijöihin. Lisäksi lähes kaksi kolmasosaa vastaajista ei tiennyt mistä Siun soten vuokrapatjaohje (2019a) löytyy, ja neljä haavavastaavaa viidestä ei ollut ikinä tilannut patjaa yksikkönsä. Lähihoitajat tiesivät paremmin, mistä Siun soten vuokrapatjaohje löytyy kuin sairaanhoitajat ja kätilö.

10.2.3 Bradenin riskiluokitusmittariin liittyvät erot

Bradenin riskiluokitusmittaria koettiin pääsääntöisesti osattavan sekä täyttää, että kirjata hyvin tai erinomaisesti. Vastauksia analysoitaessa nousi kuitenkin esille, että lähihoitajat osasivat Bradenin täyttämisen ja kirjaamisen huomattavasti sairaanhoitajia ja kätilöä heikommin. Tässä olisi jokaisen yksikön esihenkilölle yksi koulutustarve. Suurin osa haavavastaavista koki sen täyttämisen helpoksi, hyödylliseksi, nopeaksi ja toimintaa ohjaavaksi. Bradenin painehaavariskimittari on tutkitusti paras mittari akuutisti sairastuneiden painehaavariskin arvioimiseen (Hietanen 2021a, 342). On hyvä, että sitä osataan käyttää, ja että se ohjaa toimintaa. Verkostoon on syytä lisätä Siun soten ohjeet niin Bradenin täyttämisestä kuin kirjaamisestakin, jotta myös he, jotka osasivat täyttää tai kirjata heikosti tai ei ollenkaan, oppisivat asian tekemään. Haavavastaavien tavoitteeksi voitaneen tässä asettaa 100 %:nen osaaminen, koska heidän tulisi osata ohjata täyttämistä ja kirjaamista myös yksiköidensä muille hoitajille.

Koska useampi kuin joka neljäs kyselyyn vastanneista koki, että Bradenin täyttäminen onnistuu heidän yksikössään heikosti tai ei ollenkaan, täytyy tähän ongelmaan yrittää yhdessä haavavastaavien verkostossa löytää jonkinlaisia ratkaisuja. Suurin ryhmä koki, että täyttäminen onnistuu vaihtelevasti heidän yksikössään. Kolme haavavastaavista oli sitä mieltä, että Bradenin täyttäminen ei suju

heidän yksikössään ollenkaan. Syinä tähän oli mainittu hoitajien vaihtuminen sekä ohjeistuksen/koulutuksen puute. Yhden vastaajan yksikössä Braden ei ollut käytössä. Ilmeisesti Mediatri heillä kuitenkin on käytössä, koska muuten vastaaja olisi hypännyt tämän kysymyksen yli. Olisi mielenkiintoista tietää, missä yksikössä Braden ei ole käytössä, mutta tämä ei selviä, koska kysely toteutettiin anonyymisti. Ohjeistuksen ja koulutuksen puute nousi esille tämänkin kysymyksen vastauksista. Osaltaan verkosto vastaa tuohon tarpeeseen, mutta esihenkilöiden tulisi mahdollistaa työntekijöiden osallistuminen verkostoitumiseen antamalla siihen tarvittavaa työaika.

Asiakkaan saadessa Bradenista 15–18 pistettä kuuluu hän keskisuureen riskiin, ja hänellä tulee olla vähintään PU-vaahtogeelipatja ja geelitäytteinen tai viskoelastinen istuinalusta käytössään (liite 2). Jo korkean riskin (10–14 pistettä) potilaille tulisi hankkia vaihtuvapaineinen ilmapatja sekä ilmatäytteinen istuinalusta käyttöön (liite 2). Ammattiryhmien välisiä eroja vertailtaessa lähihoitajat tiesivät paremmin vaihtuvapaineisen ilmapatjan ja ilmatäytteisen istuinalustan Bradenin riskiluokituspisteet. Sairaanhoitajat ja kättilö taas tiesivät paremmin PU-vaahtogeelipatjan ja geelitäytteisen tai viskoelastisen istuinalustan Bradenin riskiluokituspisteet. Lähihoitajat olivat valinneet suhteessa enemmän ”en tiedä” -vaihtoehtoa kummassakin kysymyksessä.

10.2.4 Painehaavojen ennaltaehkäisyn erot

Lähihoitajien kokemana asentohoito yksiköissä toteutuu paremmin kuin sairaanhoitajien ja kättilön kokemana. Ammattiryhmien välisiä eroja kartoitettaessa esille nousi, että lähihoitajat kokevat asentohoidon toteutumattomuuden syyksi kokemattomuuden huomattavasti sairaanhoitajia ja kättilöä enemmän.

Kyselyssä selvitettiin, kuinka asiakkaan kantapäitä suojataan painehaavoilta. Siun soten tämänhetkinen sopimustuote painehaavojen ennaltaehkäisyyn on Allevyn Life tuoteperhe (Allevyn Life Heel ja Allevyn Life sacrum). Yllättäen tietopohjaa ei ainakaan enää vuonna 2022 löytynyt, miksi juuri tämä tuote olisi muita Siun soten sopimustuotteita parempi painehaavojen ennaltaehkäisyyn.

Siun soten päivitetystä ”Estä painehaava” -työohjeessa (liite 2) on mainittu niin Allewyn Life kuin Mepilex Border -tuotteet riskialueiden suojaamiseksi. Vain muotoiltu polyuretaanivaahtosidos ”kantakuppi” tästä ohjeesta puuttuu. Lisäksi ohjeessa on mainittu Mepilex Lite, jota tässä opinnäytetyössä ei ole missään kysymyksessä tai kohdassa käytetty (liite 2).

Vulunus Fennican (2022) mukaan Allewyn Life monikerrossidos auttaa paineen jakamisessa haavan alueella. Tuotetta voidaan käyttää niin haavojen hoidossa kuin ehjällä iholla painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Sidoksen kanssa on aina käytettävä myös muita paineenkevennyskeinoja, pelkkä sidos ei yksinään riitä. (Vulunus Fennica 2022.) Mepilex border Heel sopii myös niin haavanhoitoon kuin painehaavojen ennaltaehkäisyyn yhdessä muiden ennaltaehkäisykeinojen kanssa käytettäväksi (Mölnlycke 2022a). Allewyn Heel ”kantakuppi” sopii haavanhoidon lisäksi ennaltaehkäisyyn ja paineen lieventämiseen (Smith & Nephew 2022a). Mepilex Litea voidaan käyttää suojaamaan ihoa esimerkiksi paineelta etenkin lääkinnällisten laitteiden alla (Mölnlycke 2022b).

Tuloksista kävi ilmi, että lähihoitajat ovat taitavampia suojaamaan asiakkaiden kantapäitä painehaavoilta laittamalla tyynyt pohkeiden alle niin, että kantapäät eivät osu patjaan. Sairaanhoidajat ja kätilö taas käyttävät lähihoitajia enemmän kantapäitä suojaavia sidoksia, kuten Allewyn Life heel ja Mepilex border heel. Nykytiedon valossa ei taida suurtakaan merkitystä olla, mitä tuotetta näistä käytetään. Pääasia on, että joku ennaltaehkäisevä tuote on käytössä sekä se, että ennaltaehkäisevä tuote ei yksinään riitä. Ilahduttavasti asentohoito oli kummankin ammattiryhmän sisällä hyvin käytössä oleva painehaavojen ennaltaehkäisykeino.

Kevennystossuja (esim. Maxxcare) käytti koko maakunnan alueella vain joka viides vastaaja asiakkaillaan. Ammattiryhmien väliltä suurin ero löytyi siitä, että lähihoitajat käyttävät kevennystossuja puolet enemmän, mitä sairaanhoidajat ja kätilö. Näiden kevennystossujen käyttöä voisikin esihenkilöiden toimesta suosittelaa esimerkiksi etenkin erikoissairaanhoidossa, josta kaikki vastaajat yhtä kätilöä lukuun ottamatta olivat sairaanhoidajia. Tätä vaihtoehtoa tulee myös verkostossa nostaa enemmän esille, koska nämä ovat monikäyttöisiä ja pestäviä.

Pitkällä aikavälillä tämä on edullinen vaihtoehto painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Asiakkaat voivat myös ostaa näitä tuotteita itselleen kotiin. Haavanhoitosidokset, kuten Allevyn Life Heel / Allevyn Heel polyuretaaniside / Mepilex Border heel, ovat kertakäyttöisiä. Niiden maksimi käyttöaika on yleensä 7 vrk, ja tuotteen alle tulee kurkistaa vähintään kerran vuorokaudessa.

10.3 Maakunnan sisäiset alueelliset erot

10.3.1 Yleiset erot

Osa vastauksista verrattiin Siun soten aluejaon mukaisesti. Vertailtaessa lähihoitajien sekä sairaanhoitajien ja kätilön vastauksia havaittiin, että sekä lähihoitajilta että sairaanhoitajilta ja kätilöltä saatiin jokaiselta alueelta suhteessa lähes saman verran vastauksia. Siun soten keskiseltä alueelta tuli yli puolet vastauksista. Tämä selittyy sillä, että Pohjois-Karjalan keskussairaala, mikä tarjoaa erikoissairaanhoidon palvelut sekä Siilaisen terveyskeskussairaala sijaitsevat tällä alueella. Haavavastaavaksi oli päädytty omasta kiinnostuksesta eniten pohjoiselta ja keskiseltä alueelta, joka omalta osaltaan selittää sitä, miksi vastauksista yli puolet saatiin keskiseltä alueelta.

Pohjoisella, keskisellä ja eteläisellä alueella koettiin osattavan käyttää haavanhoidon sopimustuotteita valtaosin hyvin. Erinomaisia osajia löytyi vain läntiseltä ja keskiseltä alueelta. Läntisellä alueella suurin osa koki osaavansa käyttää tuotteita kohtalaisesti. Tuloksista nousi esiin, että Siun soten keskisellä alueella haavan mekaaninen puhdistus osataan maakunnassa parhaiten: 90 % vastauksista oli valittu vaihtoehto erinomaisesti tai hyvin.

10.3.2 Tietopohjaan liittyvät erot

Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että Siun soten omaan ”estä painehaava” -työhjeeseen oli perehdytty parhaiten keskisellä alueella. Ohjeeseen

perehtyminen taas oli heikointa pohjoisella alueella eteläisen alueen tullessa tässä hyvänä kakkosena. Etenkin pohjoisen ja eteläisen alueen esihenkilöiden tulisikin pikaisesti kannustaa työntekijöitään tähän ohjeeseen perehtymään ja huolehtia, että heille järjestettäisiin työaikaa siihen.

Tuloksista havaittiin, että parhaiten Siun soten vuokrapatjaohjeesta tiedettiin keskisellä ja läntisellä alueella. Eteläiseltä alueelta kukaan ei tiennyt vuokrapatjaohjeen sijaintia, ja pohjoiselta alueeltakaan valtaosa ei tiennyt, mistä ohje löytyy. Ohje löytyy Siun soten Intranetistä. Ainoastaan pohjoisen alueen vastaajat eivät olleet tilanneet yksikköönsä vuokrapatjaa. Muita alueellisia eroja ei juuri ollut, vaan läntisellä, keskisellä ja eteläisellä alueella tätä patjaa oli jonkin verran jo haavavastaavien toimesta yksiköihin tilattu. Oikean makuualustan käyttö on yksi painehaavojen ennaltaehkäisyn kulmakivistä, ja sen käyttöön ohjataan ”Estä painehaava” -työohjeessa. Esihenkilöiden tehtävänä on tuoda yksiköidensä työntekijöiden tietoon, että tällainen vuokrapatjaohje on olemassa, ja että sen mukaan voidaan toimia silloin, kun asiakkaalla on esimerkiksi vaihtuvapaineisen ilmapatjan tarve. Painehaavojen ennaltaehkäisy on helpompaa, inhimillisempää ja taloudellisempää kuin niiden hoitaminen. Suurin osa vastaajista Siun soten alueella oli sitä mieltä, että suosituksen mukaisen patjan käyttäminen toteutuu vaihtelevasti. Mielenkiintoista olisi tietää, onko kaikilla yksiköiden esihenkilöillä tiedossa tämä Siun soten vuokrapatjaohje, jonka mukaan kaikkien organisaation patjojen tulisi vähitellen korvaantua keskiriskin potilaille sopivilla patjoilla (Siun sote 2019a).

Siun soten pohjoisella alueella painehaavoihin liittyvää tietoa kaivattiin ihonsiirteen ja ihonotokohdan hoidosta sekä Bradeniin liittyen enemmän kuin muualla maakunnassa. Läntisellä alueella tietoa kaivattiin mekaanisesta puhdistamisesta sekä ennaltaehkäisevistä tuotteista enemmän kuin muualla maakunnassa. Keskisellä alueella tietoa kaivattiin alipaineimuhoidosta enemmän kuin muualla maakunnassa. Eteläisellä alueella tietoa kaivattiin bakteeriviljelynäytteen ottamisesta, haavanhoitotuotteista, patjoihin ja istuinalueisiin liittyvistä asioista sekä vinkkejä muilta haavavastaavilta enemmän kuin muualla maakunnassa. Yleistä haavanhoitoon liittyvää tiedontarvetta kartoitettaessa kaikkialla muualla paitsi keskisellä alueella lisätietoa kaivattiin diabeetikon haavanhoidon

erityispiirteistä. Lisäksi eteläisellä alueella kaivattiin tietoa muuta maakuntaa enemmän kompressiohoidosta, laskimoperäisten säärihaavojen hoidosta sekä valtimoperäisten haavojen hoidosta. Tästä saadaan hyvää esitietoa tulevia Siun soten haavanhoitokoulutuksia suunniteltaessa.

10.3.3 Bradenin riskiluokitusmittariin liittyvät erot

Kartoitettaessa kuinka Bradenin riskiluokitusmittarin suositusten mukaisen patjan käyttö toteutuu yksiköissä, vaihtoehdosta ”ei ollenkaan, miksi?” nousi esiin tilanne että ”*ei pysty käyttämään, koska potilaat ovat leikkaustasolla*”. Haavanhoidon asiantuntija Tarvainen (2020) kehitti Satasairaalan leikkausosaston painehaavojen ehkäisyn käytäntöjä opinnäytetyöhönsä liittyen. Potilaskirjausjärjestelmään lisättiin painehaavanestovalikko, jotta asia tulisi sekä huomioitua, että kirjattua. Ohjelma muistuttaa asennonvaihdon tarpeesta tunnin välein, ja jos asentoa ei ole mahdollista vaihtaa juuri sillä hetkellä, jää muistutus näkyviin, jotta asentoa kohennettaisiin heti kun se leikkauksen puolesta on mahdollista. Asentojen laittamisesta löytyy niin kuva- kuin videomateriaalia. Satasairaalan jokaiseen leikkaussaliin hankittiin omat, kantapäiden kelluttamiseen tarkoitetut tyynyt. Leikkaussaleissa on painehaavanestopatjat. (Tarvainen 2020, 54, 57–58.) Opinnäytetyön tuloksista nousi esille tarve tarkastaa Pohjois-Karjalan keskussairaalan leikkausosaston painehaavojen ennaltaehkäisyn käytännöt.

Täytettyjen Bradenin riskiluokitusmittari -lomakkeiden läpikäymistä yksiköissä verrattiin myös Siun soten aluejaon mukaan. Tuloksissa huomiota herätti se, että yli puolet vastaajista vastasi, ettei niitä käydä läpi koskaan. Suurimpana alueena tässä oli pohjoinen alue, missä suurin osa vastaajista toi esille, ettei täytettyjen lomakkeiden lukumäärää käydä läpi koskaan. Vain yksi vastaaja läntiseltä alueelta koki, että vastauksia käydään läpi viikoittain. Mikäli asiasta keskusteltaisiin enemmän, voisi se herättää työntekijän huomioimaan Bradenin täyttämisen asiakkaan saapuessa yksikköön. Vain esihenkilöllä on työyksikössä mahdollisuus päästä näkemään tilastot, joista selviää, kuinka monta Bradenia yksikössä on tietyllä aikavälillä täytetty. Tämä tieto tulisi jakaa työyksiköjen yleiseen tietoon, jolloin se ohjaisi sekä täyttämään Braden-lomakkeen että

oikeisiin toimintatapoihin. Asioiden esille nostaminen olisi helppo tapa esihenkilöllä puuttua sekä painehaavojen syntyyn että niiden ennaltaehkäisyyn.

10.3.4 Painehaavojen ennaltaehkäisyn erot

Kevennostossuja käytettiin tulosten mukaan vain Siun soten pohjoisella ja keskisellä alueella, ja pohjoisella alueella niitä käytettiin ylivoimaisesti eniten. Näiden käyttö tulisi saada lisääntymään myös muualla maakunnassa, ja esihenkilöiden tehtävänä olisi hankkia kevennostossuja yksiköiden käyttöön sekä rohkaista työntekijöitä käyttämään niitä enemmän asiakkaille. Etenkin läntisellä ja eteläisellä alueella tulisi kevennostossujen käyttöä nostaa enemmän esille. Siun soten keskisellä alueella käytettiin eniten Allevyn Life Heel- sekä Mepilex border-tuotteita.

Vaihtuvapaineinen ilmapatja oli eniten käytössä pohjoisella ja keskisellä alueella, PU-vaahtogeelipatja taas eteläisellä alueella. Läntisen ja eteläisen alueen esihenkilöiden tulisi nostaa enemmän esille painehaavojen ennaltaehkäisyn tuotteista vaihtuvapaineista ilmapatjaa, koska tulosten perusteella sen käyttö on heidän alueillaan muuta Pohjois-Karjalaa vähäisempää. PU-vaahtogeelipatjan käyttöä taas etenkin pohjoisen alueen esihenkilöiden tulisi tuoda esille, koska sen käyttö oli heillä huomattavasti muuta Pohjois-Karjalaa vähäisempää. Lampanaljan käyttöä oli pienessä määrin kaikilla muilla, paitsi eteläisellä alueella. Tämän väärän tuotteen käytön karsiminen kuuluu myös yksiköiden esihenkilöiden tehtäväksi.

Siun soten eteläisellä alueella oli suhteessa eniten omatoimisia asiakkaita, joilla ei ole tarvetta esimerkiksi asentohoidolle. Tämä osaltaan vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin, koska aiheena on painehaavojen ennaltaehkäisy. Asentohoidon toteutumattomuutta tutkittaessa keskisen alueen hoitajista puolet olivat sitä mieltä, että ajan puute on sille suurin syy. Välinpitämättömyys taas nousi esille vain läntisellä ja keskisellä alueella. Läntisellä alueella oli muita alueita enemmän vaihtoehtoja kokemattomuus ja tietämättömyys syiksi asentohoidon

toteutumattomuudelle. Keskisen alueen esihenkilöt tukevat ja kannustavat kiinnittämään painehaavojen ennaltaehkäisyyn huomiota muita alueita enemmän.

10.4 Työyhteisön asenteella ja täydennyskoulutuksilla merkittävä rooli

Opinnäytetyön kyselyn tuloksista selvisi, että kollegojen suhtautumisella on merkitystä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Vastaajat kokivat työskentelevänsä työyksiköissä, joissa on kannustava työilmapiiri. Tulosten mukaan kaivattiin lisää vinkkejä, kuinka kannustaa kollegoita painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Kauhasen (2010) mukaan ihmisen osaamisen kiinteänä osana ovat arvot ja asenteet. Arvoista muodostuu ihmisen maailmankatsomuksen pohja. Asteet vastaavasti osoittavat, onko ihminen valmis panostamaan oman osaamisen ylläpitämiseen. (Kauhanen 2010, 148.) Kollegan asenteen ja arvojen muuttaminen suotuisaksi ei ole helppoa. Motivaatio työhön tulee löytyä jokaiselta itseltään.

Entistä useammin palkataan asenteeltaan sopiva työntekijä kuin täydellinen sisällön osaaja, koska asenteen muuttaminen on haastavampaa kuin ammatillinen kehittäminen (Kauhanen 2010, 148). Esihenkilö on tärkeässä roolissa rekrytoidessaan uutta työntekijää työyksikköön ja etsiessään asenteeltaan sopivaa ja kehittämismyönteistä henkilöä tehtävään. Myös Korhonen ym. (2018) tuovat esille, että esimerkiksi uuden suosituksen käyttöönotto vaatii vanhoista käytännöistä poisoppimisen. Uudesta käytännöstä on tultava vakiintunut toimintatapa, jota noudatetaan kaikkien asiakkaiden kohdalla ja työntekijän on itse sitouduttava tähän uuteen toimintatapaan. (Korhonen ym. 2018, 69.) Vastaajat kokivat työyksikkönsä toimintatavat hyväksi ja että työyhteisössä halutaan ehkäistä painehaavojen syntymistä. Vain pieni osa vastaajista oli sitä mieltä, että työyhteisössä painehaavojen ennaltaehkäisyä ei koeta tärkeäksi. Tulos on hyvä, sillä jokainen syntynyt painehaava lisää asiakkaan kärsimystä ja tuo lisäkustannuksia terveydenhuoltoon.

Tärkeimmäksi asiaksi painehaavojen ennaltaehkäisyyn työyhteisössä koettiin olevan koulutuksilla. Terveydenhuollon työntekijällä on lakisääteinen

täydennyskoulutusvelvollisuus ja työnantajan velvollisuutena on seurata työntekijän ammatillista kehittymistä sekä järjestää mahdollisuudet täydennyskoulutukseen osallistumiseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, 18 §.) Täydennyskoulutus toteutetaan työyksikön täydennyskoulutus suunnitelman ja työntekijän kehityssuunnitelman mukaisesti, jolloin työntekijän osaamisen kehittymistä ja toimintatapojen uudistumista voidaan tukea koulutuksilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 19). Kollegaa voidaan pitää luotettavana tiedonlähteenä silloin, kun hänellä on ajantasainen koulutus. Kollegan perehtyneisyys, hiljainen tieto, aktiivinen osallistuminen lisäkoulutuksiin tai erityisosaaaminen/asiantuntijuus esimerkiksi haavanhoidossa lisäävät luotettavuutta. (Oikarainen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018, 39.)

Vastausten perusteella koulutukset koetaan tärkeäksi osaksi omaa työtä, jatkuvaa oppimista ja osaamisen kehittämistä. Aktiivinen osallistuminen täydennyskoulutuksiin lisää omaa ammatillista kasvua ja tuo varmuutta ja perehtyneisyyttä hoitotyöhön. Tämän toteutuminen on kuitenkin haastavaa, sillä henkilöstöllä ei ole välttämättä aikaa kouluttua työn ohessa, jolloin osallistuminen täydennyskoulutuksiin voi jäädä vähälle, eikä koulutuksiin kuulu osallistua omalla ajalla. Esihenkilön tulee kannustaa kouluttautumiseen ja mahdollistaa työntekijän pääsy säännöllisesti täydennyskoulutukseen. Koulutuksista hyötyy niin työntekijä kuin työyhteisökin esimerkiksi uusien näyttöön perustuvien toimintatapojen tuomiseksi käytäntöön koulutuksesta saadun tiedon avulla.

Koulutuksiin pääsy voi olla haasteellista myös hoitoalalla vallitsevan henkilöstöpulan vuoksi. Asiantuntijuus ja oppiminen siirtyvät enenevässä määrin digitaaliin alustoihin, erilaisiin avoimiin verkostoihin ja siellä tapahtuviin kohtaamisiin (Kallonen & Kuhmonen 2021, 135). Myös tämän kyselyn vastauksissa toivottiin niin etä- kuin lähikoulutusta. Verkossa tapahtuvat koulutukset ovat nousseet suosioon, joten jatkossa voidaan olettaa, että koulutuksiin pääsy helpottuisi verkossa tapahtuvia koulutuksia hyödyntämällä, jolloin koulutuksiin voidaan osallistua etänä työpaikan sijainnista riippumatta.

Kyselyssä kartoitettiin, mitä muuta haavanhoitoon liittyvää tietoa toivotaan jatkossa löytyvän verkostosta painehaavoihin liittyvän tiedon lisäksi. Jatkossa

verkostosta voidaan luoda moniammatillinen, jolloin tietopankkeja voidaan laajentaa. Siun soten henkilöstöstrategian (2019b, 6) mukaan tavoitteena on vahvistaa ja kehittää henkilöstön osaamista täydennyskoulutuksilla. Säännöllisillä täydennyskoulutuksilla ammatillinen osaaminen säilyy läpi työuran, ja myös kiinnostus työn kehittämiseen säilyy, kun pidetään huoli omasta osaamisesta. On hyvä, että haavavastaavat ovat kiinnostuneita koulutuksista ja toivovat laajasti tietoa erilaisista haavoista, jolloin osaaminen haavojen hoidosta lisääntyy.

10.5 Merkittävimmät ennaltaehkäisyn käytännöt

Bradenin täyttäminen asiakkaan saapuessa yksikköön koettiin tärkeäksi, jotta se ohjaisi oikeisiin ennaltaehkäiseviin toimintatapoihin. Korhonen ym. (2018) mukaan hoidon laadun mittareita käytetään organisaation suoriutumiseen liittyvissä arvioinneissa. Niillä voidaan kuvata esimerkiksi jonkin ilmiön, kuten painehaavariskin, esiintymistä Bradenin riskiluokitusmittarin avulla. Hoitosuosituksen noudattaminen toiminnassa auttaa myös arvioimaan hoidon laatua. (Korhonen ym. 2018, 181, 183.) Soppi (2020) painottaa, että riskiarvio tulisi tehdä asiakkaalle mahdollisimman pian hoitopaikkaan saapumisen jälkeen. Myös Siun soten (liite 2) ohjeen mukaan painehaavariski arvioidaan heti asiakkaan saavuttua hoitoon tai viimeistään 8 tunnin kuluttua hoitoon saapumisesta. Toimimalla Siun soten ohjeen mukaan jokainen asiakas saisi näyttöön perustuvaa asianmukaista hoitoa, joten on hyvä, että suurin osa vastaajista koki Bradenin täyttämisen tärkeänä osana omaa työtään ja asiakkaan hoitoa.

Odotuksista verkostoa kohtaan oli aistittavissa haavavastaavien tarve keskustella ja jakaa omia kokemuksia haavanhoitoihin liittyen. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen haavavastaavien verkosto voi olla yksi apuväline painehaavojen näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen tulevaisuudessa koko maakunnassa, jos sitä tullaan hyödyntämään suunnitellusti. Haavavastaavien verkostossa pystyy jakamaan myös omia kokemuksia haavanhoidosta, jolloin tunne yhteisöllisyydestä voi vahvistua.

Tämän opinnäytetyön vastauksissa tuotiin esille, että vastaajat kaipaavat lisää resursseja ja aikaa ennaltaehkäisyyn onnistumiseksi. Suhonen & Leino-Kilpi (2021) nostavat esille, että osaamisen johtaminen, osaaminen sekä henkilöstö ovat hoitotyön keskeisimpiä resursseja. Eräs tämän hetken ajankohtainen tutkimusaihe on toteutumatta jäävä hoito. Liian niukkojen resurssien takia potilas ei saa sitä hoitoa, mikä hänelle kuuluisi. (Suhonen & Leino-Kilpi 2021 16.) Siun soten (2020) strategiassa on nostettu esiin, että johtamista on tarkoitus kehittää henkilöstöä arvostavaksi. Erityistä huomiota kiinnitetään henkilöstöresurssien mahdollisimman optimaaliseen ja oikeudenmukaiseen käyttöön. (Siun sote 2020, 16.)

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry:n tekemän selvityksen mukaan kotihoidossa työskentelevät hoitajat toivoivat voivansa tehdä työtä laadukkaasti. Suunnitelmat asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ovat vastaajien mielestä hyviä, mutta niiden toteuttaminen jää vähäiseksi pienten henkilöstöresurssien vuoksi. (SuPer ry 2018, 23.) Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tekemän seurannan mukaan selvisi, että kotihoidon työajasta vajaa puolet (47 %) on asiakasaikaa. Pohjois-Karjalan osuus asiakasajasta kaikkien tehtävryhmien kesken oli hieman koko maan tulosta parempi eli 50 prosenttia. Seurannassa huomioitiin, että kotihoidossa työskentely vajaalla miehityksellä vähensi asiakastyötä entisestään. (Josefsson & Kehusmaa 2022, 4–5.) Myös tässä tutkimuksessa nousi esille ajan puute esimerkiksi kotihoidossa. Työssä näkyvä ajan ja resurssien puute luo painetta työskentelyyn, jolloin käytettävissä oleva työaika käytetään vain välttämättömien perustarpeiden tyydyttämiseen. Näin toimituna näyttää siltä, että ennaltaehkäisyyn jäävä aika jää liian niukaksi. On hyvä huomioida hoidon jatkuvuuden merkitys ja miten kiireen vuoksi ehditään tehdä vain välttämätön. Kotihoidossa työskennelleen vastauksessa näkyy ajan puute ja yllättävien tilanteiden eteen tuleminen kesken työpäivän:

”Nykyään on niin paljon kaikenlaista ”ylimääräistä” tehtävää (tilastointi, Raisoft, muutoksia käyntipaikoissa ym), ettei tahdo ehtiä tekemään kuin välttämättömät.”

SuPer ry:n tekemän selvityksen mukaan myös työväliteitä toivottiin lisää työn sujuvoittamiseksi (SuPer ry 2018, 28). Esihenkilöiden olisi hyvä jo taloudellisista

syistä rohkaista henkilökuntaa painehaavojen päivittäiseen ehkäisyyn ja apuvälineiden käyttöön (Soppi 2010). Opinnäytetyön vastausten perusteella yli puolet vastaajista toivoi enemmän välineitä, kuten painetta tasaavia patjoja, tyynyjä ja istuinalusia yksikköönsä, jotta painehaavojen ennaltaehkäisy onnistuisi. Apuvälineiden avulla on mahdollista vähentää painehaavojen syntymistä ja niiden hoidosta tulevia kustannuksia. Esihenkilön tehtävänä on huolehtia työyksikkönsä riittävästä välineistöstä, jotta painehaavojen ennaltaehkäisy onnistuu parhaalla mahdollisella tavalla.

10.6 Lähiesihenkilön toiminnan merkitys ennaltaehkäisyyn

Lähiesihenkilön suhtautumisella oli merkitystä ennaltaehkäisyyn, vaikka moni vastaajista toi esille, ettei aiheesta ole keskusteltu esihenkilön kanssa. Avoin keskustelu voisi kuitenkin herättää ajattelemaan, kuinka tärkeää painehaavojen ennaltaehkäisy on. Holopainen ym. (2018, 48) tuo esille, että näyttöön perustuvaa käytäntöä suosivassa organisaatioissa esihenkilö tukee työntekijöitään toimimaan näyttöön perustuvan hoitotyön mukaisesti. Avoimen keskustelun avulla esihenkilö voisi tukea ja kannustaa kiinnittämään huomiota ennaltaehkäisyyn.

Lähiesihenkilön rooli on merkittävä ja hän voi omalla toiminnallaan ja esimerkillään tukea painehaavojen ennaltaehkäisyä. Jaakkola (2020, 53–54) toteaa johtamisen esimerkistä näin: ”jos tavoitteesi on nostaa työyhteisön taistelutahtoa vaikealla hetkellä, se tapahtuu huomattavasti paremmin eturivistä näppylähanskat kourassa kuin jalat pöydällä kulmahuoneessa lattea ryystäen”. Tämä esimerkki kuvastaa hyvin sitä, että esihenkilön on hyvä välillä osallistua päivittäisen johtamisen lisäksi päivittäiseen työhön, jolloin hän voi omalla esimerkillään tukea esimerkiksi painehaavojen ennaltaehkäisyä. Korhonen ym. (2018) painottavat, että näytön käyttöönotto ja käytäntöjen muuttaminen vaatii aikaa. Työntekijöiden sitouttaminen muutokseen tapahtuu vähitellen. Sitouttaminen vaatii jatkuvaa tukea, osaamisen varmistamista ja kannustavaa palautetta suoriutumisesta. (Korhonen ym. 2018, 11.)

Opinnäytetyön tuloksena syntynyt verkosto on merkityksellinen niin Pohjois-Karjalan maakunnan asukkaille kuin hoitotyöntekijöille. Verkosto on tehty työelämää tukevaksi työkaluksi. Pyrkimyksenä on taata jokaisella asiakkaalla näyttöön perustuvaa painehaavojen ennaltaehkäisyä ja -hoitoa asuinpaikasta riippumatta. Tulevaisuus näyttää, millainen merkitys nyt perustetulla verkostolla on käytäntöjen yhtenäistämiseksi.

10.7 Opinnäytetyön luotettavuus

Kylmä & Juvakka (2012, 127) toteavat, että tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on mahdollisimman luotettavan tiedon tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta lähestytään validiteetin, eli pätevyyden, ja reliabiliteetin, eli luotettavuuden, käsitteiden avulla (Toikko & Rantanen 2009, 122). Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata suunniteltuja asioita (Heikkilä 2014, 177; Vilkkä 2015, 193). Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta (Heikkilä 2014, 28, 178; Valli 2015, 139; Vilkkä 2015, 194) ja tarkkuutta (Vilkkä 2015, 194). Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on ehdotonta tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja hyödyntämisen vuoksi (Kylmä & Juvakka 2012, 127).

Suunnittelelemattomuus ja aiheeseen perehtymättömyys voivat aiheuttaa suuria ongelmia aineiston analyysivaiheessa. Tästä syystä on erittäin olennaista, että tutkija on hyvin perehtynyt tutkimusaiheeseen ja laatinut tutkimussuunnitelman huolella. (Tähtinen ym. 2020, 20.) Validiteettia eli pätevyyttä tarkastellaan jo suunnitelmavaiheessa:

1. Mittari suunnitellaan huolellisesti.
2. Perusjoukko, muuttujat ja käsitteet määritellään tarkasti.
3. Aineiston kerääminen suunnitellaan huolellisesti.
4. Varmistetaan, että tutkimusongelmaan vastataan kattavasti laadituilla kysymyksillä. (Vilkkä 2015, 193–194.)

Tutkimuksen validiteetin kannalta on tärkeää, että kyselylomake vastaa tutkimussuunnitelmassa esitettyyn tutkimustehtävään (Vilkkä 2015, 107). Eniten

virheitä tutkimustuloksiin aiheuttaa kysymysten muoto (Heikkilä 2014, 45; Valli 2015, 42). Tulokset vääristyvät, mikäli tutkimukseen osallistuva on ajatellut ja vastannut kysymykseen eri tavalla, kuin mitä kyselyn laatija oli tarkoittanut (Valli 2015, 42; Viikka 2015, 193). Usein haasteita tulee eteen tutkimuksen aiheen valinnassa, rajaamisessa sekä tutkimusongelman selkiyttämässä. Hyvä opinnäytetyö on osattu rajata oikein, ja siinä perehdytään syvällisesti tutkittavaan asiaan. Jos käytetään suljettuja, strukturoituja, kysymyksiä on jälkikäteen vaikeaa korjata virheellisesti laadittua luokittelua (Heikkilä 2014, 22, 49).

Mitä pienempi aineisto on, sitä huolellisimmin sitä täytyy tutkia ennen keskiarvojen pohjalta tehtäviä johtopäätöksiä, koska keskiarvot saattavat vinoutua yhden poikkeavan tuloksen myötä (Valli 2018a, 257). Joissain tapauksissa voi tutkimuksen luotettavuuden kannalta paras vaihtoehto olla koodaamatta jotain vastausvaihtoehtoa, esimerkiksi jos lomaketta ei ole täytetty ohjeiden mukaan (Valli 2018a, 262). Yksi vastaajista oli vastannut ikä kohtaan vahingossa väärin (4621), ja asia huomattiin, koska vastaajien iän keskiarvo oli liian suuri (126 vuotta). Kyseinen vastauslomake etsittiin ja tulkittiin, että vastauksen 4621 tarkoittaa 46 vuotta ikää ja 21 vuotta hoitoalalla työskentelyä, koska nämä kysymykset olivat peräkkäin. Tämä vastauslomake korjattiin, että pystyttiin luotettavasti laskemaan iän keskiarvo.

Jos aineisto on pieni, on syytä mainita sekä frekvenssit että prosenttiosuudet (Valli 2018a, 256). Aineisto on melko pieni, joten kuvioihin on otettu mukaan niin tutkittavan ilmiön lukumäärä kuin sen prosenttiosuus tutkittavasta ilmiöstä. Osan numerotietoudesta voi laittaa tekstiin, kaikesta ei tarvitse olla kuviota tai taulukkoa (Valli 2018a, 257). Osa tiedosta on karsittu pelkkään tekstimuotoon, jos on vaikuttanut siltä, ettei kuvio ole kyseisen asian kohdalla välttämätön.

Luotettavuuden kannalta merkittävää on korkea vastausprosentti, riittävän suuri ja edustava otos ja oikeanlaiset kysymykset, jotka kattavat tutkimusongelman täysin. Tutkijan on itse arvioitava, kuinka hyvin tutkittava asia saatiin laadittujen kysymysten perusteella selvitettyä. (Heikkilä 2014, 178–179.) Kyselyä ajoitettiin niin, ettei se heikentäisi vastausprosenttia. Se oli avoinna syksyllä, jolloin mahdollisimman harva on esimerkiksi lomalla. Useita muistutusviestejä lähetettiin

siten, että kyselyyn voisi vastata esimerkiksi viikonloppuna, jos työssä on rauhallisempi hetki. Saatekirje ja muistutusviestit pyrittiin muotoilemaan mahdollisimman kannustaviksi. Lahjakorttien arvonnasta toivottiin lisäävän vastausmotivaatiota. Vastausprosentti oli 30 prosenttia, mikä voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Odotuksena oli yli 100 vastausta, jolloin vastausprosentti olisi ollut noin 50 % ja tuloksia olisi voinut analysoida ristiintaulukoinnilla. Ensimmäistä kyselytutkimusta tekevinä innostusta oli paljon, jonka takia kysymyksiä oli joko liikaa, tai sitten ne olivat liian vaikeita. Eräs syy saattaa olla tällä hetkellä alalla vallitseva työvoimapula, jonka takia työaikaa vastaamiseen ei ole löytynyt.

Tulosten tulkinta hankaloituu, jos kyselyn vastausprosentti on pieni. Tilastollisiin testeihin, kuten erojen testaamiseen, tarvitaan riittävän suuri vastausmäärä, muuten ongelmaksi muodostuvat etenkin ristiintaulukoinnissa liian pienet n-luvut. 30–40 % vastausmäärä riittää, jos otos on useita satoja. (Kananen 2012, 135.) Tästä syystä esimerkiksi ristiintaulukointia ei voitu käyttää kyselyn tulosten analysoinnissa, vaikka analysoitiinkin koko perusjoukkoa.

Vastausprosentti on merkittävä tekijä kyselyn onnistumiselle, usein riittävä vastausprosentti on kuusikymmentä. Kyselyn onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa kyselylomakkeen ulkoasu, kysymysten määrä, saatekirjeen motivoivuus, tutkimuksen aihe sekä kohderyhmä ja näihin asioihin tulee kiinnittää huomiota kyselyn kokonaisuutta pohdittaessa. Sähköisessä kyselyssä poistuvat aineiston syöttäjän tekemät virheet, koska tiedot ovat jo valmiiksi sähköisessä muodossa. (Valli 2015, 45–46, 48.) Kysely toteutettiin Webropol-kyselyynä. Aineisto tuli valmiiksi sähköisessä muodossa, jolloin ei ollut vaaraa syöttäjän tekemistä virheistä.

Verkkokyselyyn osallistujista, eli perusjoukosta, on usein laadittu jonkinlainen lista, jonka mukaan kyselylomakkeet lähetetään (Valli 2015, 48). Tutkimuksen validiutta edistää, mikäli perusjoukko on osattu määritellä selkeästi (Heikkilä 2014, 27). Jos luvataan nimetön vastaaminen, ei ole oikein numeroida lomakkeita ja lähettää myöhemmin uusintakyselyä heille, jotka eivät ole vastanneet. (Valli 2015, 46.) Tämän opinnäytetyön kysely lähetettiin sähköpostilla Siun soten kaikille haavavastaaville, ja saatekirjeessä oli linkki Webropol-kyselyyn.

Muistutus kyselyyn lähetettiin kaikille vastaajille kolme kertaa, huolimatta siitä, oliko vastaaja vastannut kyselyyn vai. Kysely lähetettiin anonyymina.

Hyviin tapoihin kuuluu, että tutkimustekstissä on kerrottu tutkijoiden suhteesta toimeksiantajaan sekä tutkittavaan asiaan (Vilka 2015, 46). Molemmilla opin- näytetyön tekijöillä on useiden vuosien kokemus erilaisten haavojen sekä pai- nehaavojen parissa työskentelystä, joten aihe on hyvin tuttu. Toinen tekijöistä kuuluu lisäksi painehaavatyöryhmään, ja on ollut pitämässä koulutuksia pai- nehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyen. Työryhmässä on vuosittain käyty läpi painehaavaprevalenssi -tutkimuksen tuloksia, ja osaltaan mielenkiinto tämän opinnäytetyön tekemiseen lähti siltä pohjalta. Toimeksiantaja kannattaa ottaa mukaan pohtimaan johtopäätöksiä ja tuloksia, näin varmistetaan, ettei jul- kaistavaan tekstiin jää mitään virheellistä tai toimintaa haittaavaa tietoa (Vilka 2015, 84). Opinnäytetyö lähetettiin toimeksiantajalle kommentoimista ja muutos- ehdotusten tekemistä varten ennen sen lähettämistä opettajalle tarkastetta- vaksi. Toimeksiantajalta ei tullut muutosehdotuksia, vaan saatiin lupa laittaa työ tarkastettavaksi ilman muokkauksia.

Tulosten luotettavuutta lisää se, että kyselyn suurin osa kysymyksistä laitettiin pakollisiksi vastata. Tällöin vastaajan tuli vastata kaikkiin kysymyksiin, eikä niitä voinut jättää tyhjäksi. Näin ollen, vaikka vastausprosentti on pieni, on kysymyk- siin vastannut aina kaikki 56 vastaajaa. Ainoastaan Bradenin riskiluokitusmitta- ria koskeviin kysymyksiin ei ollut pakko vastata, mikäli riskiluokitusmittari ei ollut vastaajan yksikössä käytössä.

Aineisto analysoitiin pääsääntöisesti Webropolin omalla analysointiohjelmalla. Muutamaan kysymykseen on luotu kuviot Excelillä, jonne tulokset siirrettiin suo- raan Webropolista. Aineisto säilytettiin muiden ulottumattomissa myös tässä ta- pauksessa. Webropol -ohjelma ei toiminut 1.11.2022, jolloin päädyttiin analysoi- maan tuloksia Excel-ohjelmalla Webropolin sijaan. Meillä ei ollut mahdollisuutta jättää yhtään opiskeluun varattua päivää väliin ohjelman toimimattomuuden vuoksi. Avoimen kysymyksen tulosten esittelyssä on käytetty suoria lainauksia vastauksista verkoston odotuksiin. Kaikki tulososioissa lainausmerkkien sisällä olevat *kursivoidut kommentit* ovat suoria lainauksia. Suoria lainauksia valitta- essa on pidetty huolta, että nämä eivät keskity vain yhden vastaajan

vastauksiin, vaan lähes kaikkien vastaajien vastauksista on otettu jokin esimerkki. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että tämä on ensimmäinen tekemämme kvantitatiivista tutkimusotetta hyödyntävä tutkimus. On mahdollista, että tuloksista ei saatu irti kaikkea, mitä kokeneempi tutkija olisi saattanut niistä löytää.

Opinnäytetyössä ei kysytty HaiPro -vaaratapahtumailmoituksen tekemisestä. Tämä huomattiin vasta tulosten analysointivaiheessa. Koska asia on merkittävän tärkeä, nostettiin se esille verkoston tapaamisessa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (2022) mukaan potilaskertomukseen tulee kirjata muun muassa nykytila, terveysriski, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta. Valitut hoitomenetelmät on perusteltava. Jos hoidon aikana ilmaantuu jotain erityistä, on se kirjattava, samoin kuin asian suhteen tehdyt ratkaisut. Osastohoidossa olevan potilaan tilan huomiot ja muutokset tulee kirjata tarpeeksi usein. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2022, 11 §, 12 §, 14 §.) Vuoden 2022 loppuun saakka Siun sotella oli ohje, että jokaisesta painehaavasta tulisi tehdä HaiPro.

Vuoden 2023 alusta lähtien Siun sotella on uusi tapa ja ohje haittatapahtumien kirjaamisesta. Ohjeessa on kolme erilaista painehaavojen tapahtumatyyppiä: Painehaava yksikköön tullessa, lääkinnällisen laitteen aiheuttama painehaava, sekä painehaava, jota käytetään, kun hoidossa olevalla asiakkaalla todetaan painehaava. Haittatapahtuma ilmoitukseen kirjataan painehaavan luokka. Mikäli painehaava hoidon aikana syvenee, tulee siitä tehdä uusi haittatapahtuma kirjaus. Näitä uudella ohjeella tehtyjä kirjauksia hyödynnetään kansallisesti tehtävissä seurannoissa. (Siun sote 2023b). Uudessa ohjeessa on ajateltu, että mikäli asiakkaalla jo on käytössä kaikki tarvittavat ennaltaehkäisevät toimenpiteet Bradenin mukaisesti, ja painehaava syntyy siitä huolimatta, HaiPro vaaratapahtumailmoitusta ei tarvitse täyttää, vaan kirjaus tehdään haittatapahtumana. Jos taas ennaltaehkäisy ei ole asianmukaista, täytyy kirjata sekä haittatapahtuma, että tehdä HaiPro eli vaaratapahtumailmoitus.

Painehaavasta tulee tehdä haittatapahtumailmoitus aina, koska Ahtialan, Kinnusen, Aaltosen & Roineen (2017) mukaan sen syntyminen on haittatapahtuma. Haittatapahtumien vähentäminen ei ole yksinkertaista, ja niihin vaikuttavien

tekijöiden tunnistamista ja raportoimista tulisikin ohjeistaa henkilöstölle enemmän (Rauhala ym. 2018). Haittatapahtumista kertyneen tiedon perusteella toimintaa kehitetään. Vastuu poikkeamien nostamisesta avoimeen, syylistämättömään keskusteluun on esihenkilöillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 17.) Painehaava saattaa olla myös potilasvahinko (Ahtiala ym. 2017). Potilasvakuutuskeskukselle tehtiin 2010–2014 vuosittain 30–50 painehaavoihin liittyvää potilasvahinkoilmoitusta, keskimäärin 23 % näistä johti korvauksiin (Hotus 2015, 5). Potilasvakuutuskeskukselle lähetettiin sähköpostia 1.12.2022, jossa kysyttiin, onko mahdollisuutta saada tähän opinnäytetyöhön tilastotietoa painehaavojen potilasvahinkoilmoituksiin ja -korvauksiin liittyen. Sähköpostiin ei vastattu, joten tässäkin opinnäytetyössä käytetään Hotuksen aikanaan potilasvakuutuskeskukselta saamaa tilastotietoa.

10.8 Opinnäytetyön eettisyys

Hoitoetiikka käsittelee hyvää, pahaa, oikeaa ja väärää hoitotyössä (Duodecim 2002, 221; Hirsjärvi ym. 2018, 23). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut tutkimus eettisen ohjeen ”hyvä tieteellinen käytäntö” yhdessä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa. Ohjeen tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja antaa ohjeita loukkausepäilyjen käsittelyyn. (TENK 2021.) Pelkäänsä jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu (Hirsjärvi ym. 2018, 24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Eettisten kysymysten tarkastelu liittyy jokaiseen tutkimuksen vaiheeseen suunnitelmasta julkaisuun (Tähtinen ym. 2020, 57; Vilka 2020, 71).

Tutkimuksessa tulee soveltaa tieteelliseen tutkimukseen luotuja kriteereitä ja käyttää eettisesti kestäviä menetelmiä muun muassa tiedonhankinnassa. Tutkimusta tehtäessä huomioidaan muiden tutkijoiden työ kunnioittamalla sitä. (TENK 2021.) Tutkimuksessa tulee viitata muiden tutkijoiden julkaisuihin asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen tuloksia julkaistessa toteutetaan avointa ja vastuullista tiedeviestintää sekä annetaan muiden tutkijoiden saavutuksille niiden kuuluva arvo ja merkitys tieteellisen tiedon luonteen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2018, 26–27; TENK 2021.) Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 218)

mukaan hoitotyön tutkimusta tehtäessä tulee tutkijan arvioida tutkimuksesta saatavan tiedon hyödyntämistä hoitotyön laadun kehittämiseen. Eettisten kysymysten tarkastelu on otettu huomioon koko opinnäytetyön prosessin ajan. Läheviittaukset on tehty asiaan kuuluvalla tavalla. Tutkimuksesta syntynyt tietoaineisto on tallennettu niin, että siihen on ollut pääsy vain opinnäytetyön tekijöillä. Kyselyn tuloksia on tarkastelu myös hoitotyön laadun kehittämisen näkökulmasta. Tuloksista on muotoutunut jatkokehitysideoita, kuten verkoston hyödyntäminen työntekijöiden perehdyttämisessä.

Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä siitä syntynyt tietoaineisto tulee tallentaa tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti (TENK 2021). Tutkimusryhmän on varmistuttava tutkimusaineiston turvallisesta säilytyksestä myös tutkimuksen jälkeen. Työelämän tutkimuksissa olisi hyvä säilyttää sekä aineistoa että tutkimusta samassa paikassa. Tämä siksi, jotta aineistoja voitaisiin myöhemminkin hyödyntää, mikäli tutkimukseen osallistuneet antavat siihen luvan. (Vilka 2015, 47–48.) Tämän kyselyn vastauksia ei arkistoida, mutta vastausten perusteella laadittu raportti säilytetään Dynastyssä Siun soten asiakirjahallinnon ohjeiden mukaisesti. Kyselyvastaukset poistetaan Webropolista tutkimuksen päätyttyä tietosuojaselosteen (liite 4) mukaisesti. Raportointivaiheessa on pidettävä huolta, ettei kenenkään tutkimukseen osallistuneen yksityisyys vaarannu (Heikkilä 2014, 29). Tulokset on laadittu niin, että yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa.

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on tutkijan vastuulla. Tämä tarkoittaa myös avoimuutta, jota on esimerkiksi tutkimuksesta tiedottaminen ja tulosten julkaiseminen. (Vilka 2015, 49–50.) Avoimuutta on sekin, että kerrotaan myös epäsuotuisista tuloksista (Heikkilä 2014, 29). Tulokset julkistetaan haava-vastaavien uudessa verkostossa sekä mahdollisesti myös Siun sote -organisaation omilla Intranet-sivuilla.

Työelämässä ei kannata tehdä tutkimusta, jos aineiston keruuseen ei ole saatu lupaa tutkittavilta (Vilka 2015, 51). Tämä lupa kysyttiin kyselyssä olleella pakollisella kysymyksellä. Tutkimukseen osallistuville tulee avoimesti kertoa niin tutkimuksen tarkoituksesta kuin tulosten käyttötarkoituksestakin (Heikkilä 2014, 29).

Saatekirjeessä (liite 3) oli selvitetty vastaajille tutkimuksen tarkoitusta ja tulosten käyttötarkoitusta. Sähköpostin liitetiedostona lähetettiin kaikille myös tietosuojaseloste (liite 4), jonka täyttäminen on pakollista silloin, kun kyselyssä käytetään henkilötietoja.

10.9 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat

Yleensä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen onnistuminen tarvitsee organisaation kulttuurimuutoksen. Menestyksellinen tiedon hyödyntäminen edellyttää tietokulttuuria, missä voidaan tunnistaa tiedonhallinnan arvo, ja jossa käytäntö ja normi ohjaavat tiedon tehokkaaseen käyttöön. Tietokulttuuri vaikuttaa myös siinä, kuinka organisaatiossa tuetaan tutkimustiedon siirtymistä käyttöön ja miten siitä saatua tietoa levitetään. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tehtävänä on osallistua oman asiantuntijuuden käytännön kehittämiseen työyksikössä. (Korhonen ym. 2018, 58–59, 67).

Opinnäytetyössä luodun verkoston on tarkoitus jäädä käyttöön pysyvästi ja vahvistaa maakunnan haavaosaamista. Myös Korhonen ym. (2018, 61) painottavat, että tekniikan avulla organisaatiossa on mahdollista hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa toiminnassaan ja varmistaa, että oikea tieto on oikealla henkilöllä oikeassa paikassa ja - muodossa oikeaan aikaan. Verkoston avulla tietoa pystytään päivittämään jatkuvasti ja se on saatavilla kaikille haavavastaaville työskentelyalueesta huolimatta. Olisi myös tärkeää, että jatkossa verkostoitumiseen saisi käyttää työaika, jolloin luodusta verkostosta saisi kaiken mahdollisen hyödyn näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen eri työyksiköissä. Yksiköiden haavavastaavien voisivat jatkossa hyödyntää vastualueeseen annettua työaika myös tähän. On myös tarkoitus, että jatkossa verkosto kokoontuisi säännöllisesti jakamaan kokemuksia ja uusimpia tietoja eri aiheista.

Järvensivun (2019) mukaan verkostossa yhteistyö on laadukasta silloin, kun vastuu jaetaan yhteisesti. Usein kuitenkin kokonaisuudesta joudutaan rajaamaan jokin osa ydinverkoston johtamaksi. Etenkin innovaatioverkostoista, strategisista verkostoista sekä tuotantoverkostoista tehdyistä tutkimuksista voidaan

päätellä, että mikäli verkostoja ei johdeta, lakkaavat ne tuottamasta arvoa (Järvensivu 2019, 114–115, 289). On tarkoitus, että jatkossa haavavastaavien verkoston päivityksestä vastaavat sairaalan haavahoitajat, jolloin tiedot pysyvät ajantasaisina ja verkosto aktiivisena. Tulevaisuudessa verkoston tietopankkia olisi tarkoitus laajentaa koskemaan myös muita haavanhoitoon liittyviä aiheita.

Näiden lisäksi tätä voi hyödyntää näyttöön perustuvan hoitotyön johtamisessa eli niin hoitotyöntekijöiden kuin plastiikkakirurgian erikoistuvien lääkäreiden perehdyttämisessä. Laaksosen ym. (2012) mukaan hyvä perehdytys luo pohjan osaamisen ja palveluiden laadun säilyttämiseksi. Hyvällä perehdytyksellä voidaan lisätä työmotivaatiota sekä kiinnostusta alaa kohtaan. Organisaation systemaattisen perehdytysjärjestelmän avulla pystytään turvaamaan laatu, luomaan myönteistä asennetta sekä auttaa uutta työntekijää pääsemään osaksi uusia työtehtäviä mahdollisimman nopeasti. (Laaksonen ym. 2012, 190–191.) Siun sotella (2019b, 6) on toimiva sähköinen ja itseopiskeltava yleisperehdytysopas uuden työntekijän perehdyttämiseen. Verkostoon koottu tietopankki auttaa omalta osaltaan esihenkilöitä uusien työntekijöiden perehdyttämisessä haavanhoitoon liittyvissä asioissa. Kenties myös mielenkiinto haavanhoitoa kohtaan lisääntyy, ja jatkossa tämän verkoston myötä saadaan uusia, haava-asioidista kiinnostuneita haavavastaavia mukaan joukkoon.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2012) mukaan koulutuksen ja työelämän yhteistyöllä pystytään varmistamaan koulutuksen antama laatu ja ajantasaisuus työelämää vastaavaksi. Myös ammattitaitoa edistävän harjoittelun tavoitteena on opiskelijan perehdyttäminen sekä keskeisiin työtehtäviin että teorian tiedon soveltamiseen käytännön hoitotyöhön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 16.) Jatkok kehitysmahdollisuuksia verkostolle on käyttö sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnoissa / harjoitteluun perehdytyksessä yhteistyössä ammattikorkeakoulun kanssa.

Tiedottaminen on eräs tärkeimmistä muutosjohtamisen toimenpiteistä, kun henkilöstöä halutaan osallistaa muutokseen (Kallankari 2019, 88). Tämän verkoston avulla saadaan lähitulevaisuudessa vietyä esimerkiksi uusista haavanhoidon sopimustuotteista tietoa eteenpäin jokaiseen yksikköön. On taloudellisestikin

merkittävää, että oikeaa tuotetta käytettäisiin oikeassa paikassa, jolloin tuotteita kuluu vähemmän ja haavatkin todennäköisemmin paranevat. Haavanhoitotuotteiden kilpailutus on Siun sotella käynnissä parhaillaan keväällä 2023.

Suomessa haavapotilaiden hoitoketjuista ei useinkaan ole sovittu selkeästi, jolloin hoito ei ole kustannustehokasta. Esimerkiksi Tampereen yliopistosairaalassa tähän on puututtu moniammatillisen haavakeskuksen toimintaan saattamisella. Kokemukset ovat olleet hyviä, ja haavapotilaiden kustannukset ovat toiminnan alettua pienentyneet. (Juutilainen & Hietanen 2021, 415, 417.) Toivottavasti tulevaisuudessa myös Pohjois-Karjalan keskussairaalaan saataisiin haavakeskus, jolloin verkosto voisi laajentua moniammatillisemmaksi. Haavapotilaan hoitoon tarvitaan usein hoitajien lisäksi ravitsemusterapeutteja, fysioterapeutteja, apuvälineyksikköä ja tietenkin lääkäreitä.

Mikäli tämän opinnäytetyön aikana luotu haavavastaavien verkosto jää pysyväksi käytännöksi, olisi hyvin mielenkiintoista toteuttaa haavavastaaville uusi tutkimus, ja verrata, onko kyseisen ryhmän tietopohja laajentunut Pohjois-Karjalan alueella. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka tietopohjan laajentuminen tulee vaikuttamaan haavahoidon kustannuksiin. Haavanhoitoon liittyvien kustannuksien laskeminen on hyvin haasteellista. Kenties tulevaisuudessa vuosittain tehtävässä Painehaava prevalenssi -tutkimuksessa näkyä edistymistä Pohjois-Karjalassa painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja synnyssä.

Eräs tulevaisuuden tutkimusaihe on johtamisen etiikka. Tällä hetkellä on niukasti tutkimuksia siitä, kuinka johtaminen vaikuttaa potilaan hoidon onnistumiseen. Lisäksi olisi tärkeää tutkia kuinka esihenkilön kunnioitus hoitohenkilökuntaa kohtaan vaikuttaa esimerkiksi työhyvinvointiin. (Leino-Kilpi, Stolt & Rannikko 2020, 149.) Tässä opinnäytetyössä vastaajilta kysyttiin, miten lähiesihenkilön tuki vaikuttaa painehaavojen ennaltaehkäisyyn työyksikössä. Tuloksista selvisi, että lähiesihenkilön tuki on tärkeää ja hänen rooliaan pidetään merkittävänä tekijänä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, millainen vaikutus on osallistuvalla ja osallistavalla lähiesihenkilöllä painehaavojen ennaltaehkäisyyn.

Lähteet

- Ahtiala, M., Kinnunen, M., Aaltonen, L-M. & Roine, R. P. 2017. Painehaavoja ei pitäisi syntyä. Suomen lääkirilehti. Vuosikerta 72. Nro 45. 2614–2615. SLL452017_2614.pdf (helsinki.fi). 26.12.2022.
- Bradt, G. & Davis, G. 2014. *First-Time Leader: Foundational Tools for Inspiring and Enabling Your New Team*, John Wiley & Sons, Incorporated, 2014. ProQuest Ebook Central. 29.8.2022.
- Bryman, A. 2008. *Social Research Methods*. Oxford: University Press.
- Demarré, L., Verhaeghe, S., Annemans, L., Van Hecke, A., Grypdonk, M. & Beeckman D. 2015. The Cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: A cost-of-illness study. *International journal of Nursing Studies* 52 (2015) 1166–1179. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.005>. 5.12.2022.
- Dufva, M. 2020. Megatrendit 2020. Sitra. Sitran selvityksiä 162. <https://www.sitra.fi/app/uploads/2019/12/megatrendit-2020.pdf>. 10.4.2022.
- Duodecim. 2002. Lääketieteen termit. Kustannus Oy Duodecim. Toimitus: Nienstedt, W., Rautiainen, E., Pernaa, M., Salmi, U. & Pirttimaa, H. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- EPUAP/NPIAP/PPPIA, European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. 2019. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>. 20.2.2022.
- Gallagher-Ford L. & Connor L. 2020. Transforming Healthcare to Evidence-Based Healthcare, A Failure on Leadership. *The Journal of Nursing Administration* 50(5):p 248–250, May 2020. 2.3.2022.
- Gefen, A. 2018. The future of pressure ulcer prevention is here: Detecting and targeting inflammation early. *EWMA Journal* 2018 vol 19 Issue 2, p 7–13. 5.12.2022.
- Hantikainen, V. & Hoivala, T. 2017. Uusien toimintatapojen käyttöönotto – esimerkkinä kinestetikan® hyödyntäminen. Teoksessa Kulmala, J. (toim.). *Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 54–69.
- Harinsalo, R. 2021. *Organisaatioteoriat*. Helsinki: Tietosanoma/ Art House Oy.
- Heikkilä, T. 2014. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Hietanen, H. 2013. Painehaavojen ehkäisy. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). *Haavanhoidon periaatteet*. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 312–327.
- Hietanen, H. 2021a. Painehaavojen ehkäisy. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). *Haavanhoidon periaatteet*. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 334–352.
- Hietanen, H. 2021b. Haavadiagnoosi ja haavaluokitus. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). *Haavanhoidon periaatteet*. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 67–71.

- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2021. Painehaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 322–361.
- Hietanen, H. & Kuokkanen, O. 2021a. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 198–250.
- Hietanen, H. & Kuokkanen, O. 2021b. Haavanhoidossa käytettävät tuotteet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 149–181.
- Hiltunen, E. 2012. Matkaopas tulevaisuuteen. Helsinki: Talentum.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2018. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö. 2015. Hoitosuositus – Tutkimusnäytöllä tuloksiin. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>. 7.4.2022.
- Härmä, M. 1999. Haavanhoito. Teoksessa Hellstén, S. (toim.). Infektioiden torjunta sairaalassa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 349–355.
- Isoherranen, K. 2021. Haavan diagnosointi. Haava -lehti 2021 (2), 8–10.
- Jaakkola, J. 2020. Väkevä työelämä – Terveyttä, tolkkua ja tuloksia. Helsinki: Tammi.
- Jalava, T. 2020. Virtuaalikonkarin kyydissä. Teoksessa Haapakoski, K., Niemelä, A. & Yrjölä, E. Läsä etänä – Seitsemän oppituntia tulevaisuuden työelämästä. Helsinki: Alma Talent, 58–79.
- Joki, M. 2018. Henkilöstöasiantuntijan käsikirja. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Josefsson, K. & Kehusmaa, S. 2022. Kotihoito toukokuussa 2022: vain puolet kotihoidon työajasta on asiakasaikaa. Tutkimuksesta tiiviisti 63/2022. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-007-1>. 30.12.2022.
- Juhila, K. 2022. Teemoittelu. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>. 15.12.2022.]
- Juutilainen, V. 2021a. Painehaavan epidemiologia. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 323.
- Juutilainen, V. 2021b. Haava yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 12–15.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). 2021. Haavanhoidon periaatteet. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Järvensivu, T. 2019. Verkostojen johtaminen – Opi ja etene yhdessä. Helsinki: BoD™ - Books on Demand.
- Kallankari, S. 2019. Muutoksen johtaminen arjessa Opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Kallonen, T. & Kuhmonen, A. 2021. Jatkuva oppiminen – Työelämän tärkein taito. Helsinki: Kauppakamari.

- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä, Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kauhanen, J. 2010. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Hotus: Hoitotyön tutkimussäätiö. Skhole Oy.
- Kulmala, J. (toim.) 2017. Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. 2014. Esimies osaamisen kehittäjänä. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lagus, H. 2020. SOTE:n säästötavoitteet täyttyisivät ehkäisemällä painehaavat? Haava, Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 2020 (4), 20–23.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994.
- Leino-Kilpi, H., Stolt, M. & Rannikko, S. 2020. Ajatuksia etiikan tutkimuksen tulevaisuudesta. Teoksessa Rannikko, S., Koskenniemi, J. & Leino-Kilpi, H. (toim.). Eettisiä kysymyksiä hoitotyössä ja terveydenhuollossa -Ajatuksia hoitotyön käytäntöön ja tutkimukseen nyt ja tulevaisuudessa. Turku: Grano Oy, 138–160.
- Lerssi-Uskelin, J., Törhönen, T., Järvensivu T., Niemi, S. & Järvinen, R. 2017. Suosituksia työelämän kehittämisen alueellisten verkostojen rakenteista. Helsinki: Työterveyslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-737-8>. 17.4.2022.
- Linturi, R. & Kuusi, O. 2018. Suomen sata uutta mahdollisuutta 2018–2037. Yhteiskunnan toimintamallit uudistava radikaali teknologia. Helsinki: Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 1/2018. https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/tuvj_1+2018.pdf. 17.4.2022.
- Loppela, K. 2017. Työmotivaation tukeminen dialogisen johtamisen keinoin. Teoksessa Kulmala, J. (toim.). Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 157–171.
- Mäkisalo, M. 2004. Yhdessä onnistumme opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Helsinki: Kauppakamari.
- Mölnlycke. 2022a. <https://www.molnlycke.fi/tuotteet-ratkaisut/mepilex-border-heel/>. 21.12.2022.
- Mölnlycke. 2022b. Mepilex Lite -vaahtosidos vähän erittävien haavojen hoitoon | Mölnlycke (molnlycke.fi). 21.12.2022.

- Mönkkönen, K. & Niiranen, V. 2021. Moniammatillinen yhteistyö asiakasturvallisuuden lähtökohtana. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (Toim.). Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. Luku 4. Eliblibrary.
- NHS 2020. Treatment -Pressure ulcers (pressure sores). <https://www.nhs.uk/conditions/pressure-sores/treatment/>. 29.11.2022.
- Niiranen, V. 2016. Uudistuvat verkostot ja yhteistyörakenteet johtamisessa. Teoksessa Syväjärvi, A. & Pietiläinen, V. (toim.). Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. Tampere: Tampere University Press, 297–318.
- Niiranen, V. 2015. Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 129–144.
- Norwich University 2021. Why Use Evidence-Based Practice in Nursing. Artikkelikeli 27.10.2021. Norwich University Online. 17.12.2022.
- Oikarainen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen, A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Raportti 2018. Tiedonlähteet. Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf>. 2.12.2022.
- Painehaavahelppari. 2011. NPUAP-EPUAP painehaavojen syvyysluokitus. https://www.shhy.fi/wp-content/uploads/2021/03/SHHY_PDF_hoitosuositukset_helpperit_painehaava_2011.pdf. 9.4.2022.
- Perälä, M-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.). Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 53–67.
- Qaseem, A., Humphrey, L. L., Forciea, M. A., Strakey, M. & Denberg, T. D. 2015. Treatment of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College on Physicians. <https://doi.org/10.7326/M14-1568>. 22.11.2022.
- Rauhala, A., Kinnunen, M., Kuosmanen, A., Liukka, M., Olin, K., Sahlström, M. & Roinen, R. 2018. Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? Lääkärilehti - Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? (laakarilehti.fi). 25.12.2022.
- Räsänen, R. & Valvanne, J. 2017. Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamista – tavoitteeksi hyvä elämänlaatu. Teoksessa Kulmala, J. (toim.). Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 20–42.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy Helsinki.
- Siltanen, H. & Heikkilä, K. 2021. Haavahoitaja näyttöön perustuvan toiminnan toteuttajana – tutkittu tieto kuuluu kaikille. Haava, Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 2021 (1), 28–29.
- Siun sote. 2019a. Vuokrapatja Siunsote. Siun soten Intranet. Vain sisäiseen käyttöön. 22.11.2022.
- Siun sote 2019b. Henkilöstöstrategia 2019–2020. https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_henkilöstöstrategia.pdf/42077983-8945-4060-911c-ee6f04db3b1e. 19.12.2022.

- Siun sote 2020. Siun soten STRATEGIA 2021-2025. https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_strategia+2021-2025.pdf/605eedb3-d1ac-322b-07ac-c48d79dec1a7. 9.12.2022.
- Siun sote. 2021. Painehaavaprevalenssi 2021-tutkimus. Painehaavatyöryhmä. Siun soten Intranet. Vain sisäiseen käyttöön. 22.11.2022.
- Siun sote 2023a. Pohjois-Karjalan hyvinvointialue – Siun sote organisaatio. <https://www.siunsote.fi/organisaatio>. 5.3.2023.
- Siun sote. 2023b. Työohje: PTH, ESH, SOS Haittatapahtuman kirjaaminen Mediatriin. Siun soten Intranet. Vain sisäiseen käyttöön. 15.1.2023.
- Smith & Nephew. 2022a. <https://www.smith-nephew.com/en/health-care-professionals/products/advanced-wound-management/allevyn-life#productfeatures>. 21.12.2022.
- Soppi, E. 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2010;126(3):261–8. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591#s3>. 7.4.2022.
- Soppi, E. 2020. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Vain sisäiseen käyttöön. 29.11.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön Toimintaohjelma 2009–2011. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:7. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3210-4>. 3.12.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3782-6>. (valtioneuvosto.fi). 19.11.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös, Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4133-5>. (valtioneuvosto.fi). 29.12.2022.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Asetus potilasasiakirjoista 94/2022.
- Stolt, M., Kielo, E. & Haavisto, E. 2021. Näyttöön perustuva haavojen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 421–427.
- Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2021. Toteutumatta jäävä hoito – Mitä se on ja onko sitä? Haava, Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 2021 (1), 16–18.
- SuPer ry. 2018. "Jos tää meno jatkuu, meidän sydämet särky" Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin selvitys työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisestä 2018. SuPer ry, Kehittämisyksikkö. Asiantuntija Sari Erkkilä. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/94895/kotihoidon_selvitys_super_2018.pdf. 1.12.2022.
- Sutela, H., Pärnänen, A. & Keyriläinen, M. 2019. Digiajan työelämä – työolotutkimuksen tuloksia 1977–2018. Helsinki: Tilastokeskus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-244-634-3>. 29.4.2022.
- Sydänmaanlakka, P. 2012. Älykäs johtaminen 7.0. Miten kasvaa viisaaksi johtajaksi? Helsinki: Talentum.
- Sydänmaanlakka, P. 2015. Älykäs julkinen johtaminen. Helsinki: Talentum.
- Tanskanen, L. 2019. Painehaavojen ennaltaehkäisy – hoitosuosituksen perustuvan toimintamallin käyttöönotto, seuranta ja kehittäminen Siun

- soten alueella. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201902132299>.
1.12.2022.
- Tarvainen, S. 2020. Painehaava leikkausosastolta – huolimattomuutta vai mittarin puutetta? Haava, Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 2020 (4), 54–58.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Tuomivaara, S., Ala-Laurinaho, A. & Perttunen, P. 2019. Digitalisoituvat työprosessit: kohti uutta toimintamallia ja osaamista. Helsinki: Työterveyslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789522618979>. 17.4.2022.
- TENK, 2021. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>. 27.2.2022.
- Työturvallisuuslaki 738/2002.
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Painosalama Oy.
- Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valli, R. (toim.) 2018a. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analysointimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valli, R. (toim.) 2018b. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valli, R. & Perkkilä, P. 2018. Sähköinen kyselylomake ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa Valli, R. (toim.). 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 117–128.
- Valtioneuvosto 2019. Verkostojohtamisen opas. Valtioneuvoston kanslian julkaisu 2019:12. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-710-9>. 17.4.2022.
- Vargas, L. 2014. Virtual leadership: Leading in the distributed workplace. Teoksessa: Sydänmaanlakka, P. (toim.) 2014. Tulevaisuuden johtaminen 2020. Pertec Consulting Oy, 176–185.
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kimmo Vehkalahti ja Oy Finn Lectura Ab.
- Viitala, R. 2008. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita.
- Viitala, R. 2021. Henkilöstöjohtaminen – keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit. Helsinki: Edita.
- Viitala, R. & Jylhä, E. 2019. Johtaminen – keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit. Helsinki: Edita.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.
- Vilkka, H. 2020. Akateemisen lukemisen ja kirjoittamisen opas. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilkka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä, Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Vulnus Fennica ©. 2022. www.vulnufennica.fi. Maksullinen palvelu. 21.12.2022.

- Wahlsberg, F. 2020. Virtuaaliseksi syntynyt yhteisö elää yhteisestä päämäärästä. Teoksessa: Haapakoski, K., Niemelä, A. & Yrjölä, E. 2020. Läsnä etänä – Seitsemän oppituntia tulevaisuuden työelämästä. Helsinki: Alma Talent, 40–57.
- Wallin, M. 2017. Ikäjohtaminen vanhustyössä. Teoksessa Kulmala, J. (toim.). Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 90–114.
- Yukl, G. & Becker, W.S. 2006. Effective Empowerment in Organizations. *Organization Management Journal* 3 (3), 210–231.
<https://doi.org/10.1057/omj.2006.20>. 24.11.2022.



Laatijat: sh E. Vakkuri, sh K. Turtiainen, oh P. Sinkkonen

Päivittänyt: sh K. Turtiainen

Hyväksyjä: yll. Minttu Kivivuori

2016

2018

2021

BRADEN – RISKILUOKITUSMITTARI painehaavariskin tunnistamiseen

Tee riskin arviointi heti tai viimeistään 8 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta hoitoon. Arvioi uudelleen aina, kun potilaan tilanne muuttuu tai kerran viikossa. Tee arvio myös, kun potilas siirtyy toiseen hoitopaikkaan tai kotiutu. Jokainen riskitekijä pisteytetään 1 – 4 pisteellä potilaan tilanteen mukaan.








Luokittelu/pisteet	1	2	3	4
Fyysinen aktiivisuus	Vuodepotilas. Ei kykene istumaan edes autettuna.	Istuu ajoittain. Tarvitsee apua asennon vaihdossa ja istumaan nousussa. Seisoo tuettuna ja pystyy avustettuna ottamaan muutaman askeleen.	Kävelee ajoittain lyhyitä matkoja avustettuna tai itsenäisesti. Enimmäkseen istuu tai on vuoteessa.	Kävelee. On toistuvasti liikkeellä itsenäisesti / apuvälinein.
Kyky muuttaa kehon asentoa	Liikuntakyvytön, on täysin autettava.	Tarvitsee usein / ajoittain apua asennon vaihtoon.	Vaihtaa asentoa lähes omatoimisesti. On muistutettava säännöllisistä asennon vaihdoista.	Vaihtaa omatoimisesti asentoa.
Tuntoaisti. Kyky reagoida tarkoituksenmukaisesti paineesta aiheutuvaan epämukavuuteen	Ei reagoi kivuliaaseenkaan ärsykkeeseen johtuen alentuneesta tajunnantasosta, rauhoittavasta lääkityksestä tai nelirajahalvauksesta.	Reagoi vain kovaan kipuun. Ei pysty ilmaisemaan kivun / epämukavuuden tunnetta muuten kuin valittamalla tai olemalla levoton. Ihon tunto on heikentynyt (esim. hemiplegia tai epiduraalinen kivunhoito).	Reagoi suullisiin käskyihin, ei pysty aina ilmaisemaan epämukavuuden tunnetta. Kiputunto on osittain rajoittunut (esim. vahva kipulääkitys, täsmäpuudutus, syvästi masentunut).	Reagoi normaalisti paineesta aiheutuvaan epämukavuuteen ja kipuun.
Ihon altistuminen venymiselle ja hankaukselle	Huomattava ongelma. On autettava asennon vaihdoissa, siirroissa ja nostoissa. Valuu vuoteessa tai liukuu herkästi tuolissa (esim. spastisuus, levottomuus, pakkoliikkeisyys).	Mahdollinen ongelma. Ihon ongelmakohdat hankautuvat ajoittain. Liukuu joskus alaspäin istuessaan tuolissa tai vuoteessa. Vaihtaa itse asentoa, mutta tarvitsee ajoittain apua.	Tällä hetkellä ei ongelmia. Pystyy liikuttamaan itseään itsenäisesti ja ylläpitämään hyvää asentoa vuoteessa tai tuolissa.	
Ihon altistuminen kosteudelle	Iho on lähes koko ajan kostea eritteistä (esim. hiestä, virtsasta ym.).	Iho on usein, muttei aina, kostea.	Iho on ajoittain kostea.	Iho on yleensä kuiva.
Ravitsemus	Hyvin huono. Syö korkeintaan 1/3 annoksesta. Ei kliinisiä täydennysravintojuomia. Nauttii päivittäin liian vähän nesteitä. Parenteraalinen ravitsemus yli 5 vrk. NRS yli 3 p.	Riittämätön. Syö yleensä vain puolet annoksesta. Ottaa satunnaisesti kliinisiä täydennysravintojuomia. Juo liian vähän. NRS 3 p.	Tyydyttävä. Syö enemmän kuin puolet annoksesta. Ottaa kliinisiä täydennysravintojuomia. NRS 2 p.	Hyvä. Syö enemmän osan ruuastaan. Normaali ruokahalu. NRS 1 p.

Työohje: ESTÄ PAINHAAVA – TOIMINTAOHJE

Vastuualue: ~~SiunSOTE~~
 Hyväksyjä: Minttu Kivijärvi
 Hyväksyty: 14.4.2021

Erikoisala/Palvelualue/Yksikkö: Painehaavan ehkäisy - työryhmä
 Laatiija: P Sinkkonen, K Turtiainen, J Ikonen. P ~~Eschner~~
 Voimassa: 14.4.2024

Arvioi painehaavariski BRADEN-mittarilla heti asiakkaan saavuttua hoitoon tai viimeistään 8 tunnin kuluessa. Tee uusi arvio aina asiakkaan tilanteen muuttuessa tai kerran viikossa sekä asiakkaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan tai kotiin. Pitkäaikaishoidossa esim. kotihoito tai asumispalveluyksiköt ~~BRADEN~~ mittaus toistetaan 3kk välein ja aina tarvittaessa.


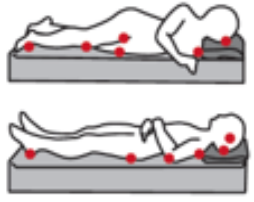
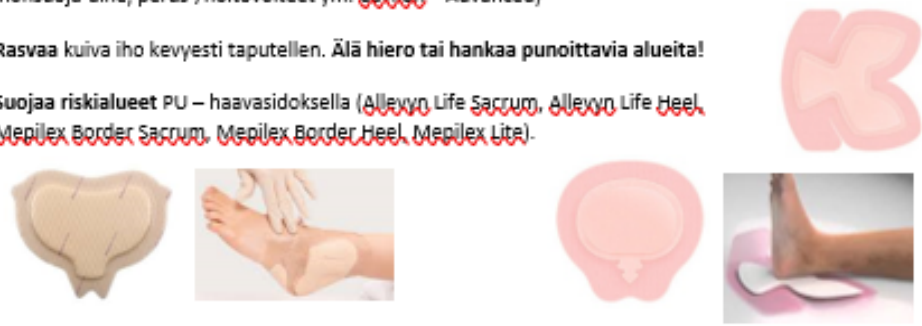
VALITSE makuu-/ istuinalusta liikuntakyvyn ja ihon kunnon mukaan	Voimakkaasti rajoittunut liikuntakyky / painehaava http://intra.siunsote.fi/Documents/Patjaohje_siunsote.pdf	Rajoittunut liikuntakyky / hauras iho / tuntopuutos	Ei liikuntarajoitetta ja iho hyväkuntoinen
	ERITTÄIN KORKEA (5–9 p.) TAI KORKEA RISKI (10–14 p.)	KESKISUURI RISKI (15–18 p.)	MATALA RISKI (19–23 p.)
	Vaihtuvapaineinen patja tai minimipainepatja (Dynaflon PM211 tai Caretal® Optima HUOM: Tarvittaessa vuokratpatja!) Ilmatäytteinen istuinalusta (Boho tai Vicair Active) tai geelitäytteinen istuinalusta (Matrx Libra)	Vähintään PU-vaahtogeelipatja (Eysicon® Premium-355 evakuointipatja) Geelitäytteinen tai viskoelastinen istuinalusta (Matrx Libra tai Terra tai Kalli Visiko tai Flotech Countour Visiko tai Exact7 tai Prima)	PU- vaahtogeelipatja ja/tai – istuinalusta (Eysicon® Premium-355 evakuointipatja)
KEVENNÄ painetta ja mobilisoi	Kevennä painetta yksilöllinen tarve huomioiden istuvalta asiakkaalta vähintään kerran tunnissa ja vuoteeseen hoidettavalta asiakkaalta alustasta riippuen 2-4 tunnin välein.		
	Käytä painetta keventäviä asentoja /asentohoitoa: Suosi 30° kylkiasentoa ja huomioi kantapäät.		
	Estä luisten ulokkeiden suora kontakti toisiinsa.		
	Pidä sängynpäät asiakkaan voimien sallimassa alimmassa asennossa.		
	Vältä kitkaa ja hankausta siirroissa (erityisesti sängynpäätä nostaessasi).		
	Käytä siirron ja kevennyksen apuvälineitä (liukusiirrin, liukulakana / -patja, siirtolevy, asentotyynt, kevennystossut).		
	Huomioi pyörätuolin oikea koko ja säätö sekä pyörätuolin ja istuinalustan kunto.		
	Ohjaa ja kannusta omatoimisuuteen.		

Yksikkö

Lähiosoite
 Postinumero ja -toimipaikka

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja

terveyspalvelujen kuntayhtymä
 p. 013 3300 (vaihe)
www.siunsote.fi

<p>TARKISTA IHON KUNTO</p> 	<p>Tarkista ihon kunto vähintään kerran työvuorossa. Tarkista useammin henkilöltä, jonka painehaavariski on kohonnut sekä arvioi mahdolliset painevauriot.</p> <p>Arvioi mahdolliset ihon värimuutokset, lämpötilaerot, turvotus, hiertymät/rakkulat, kuivuus /kosteus ja kudoksen kovettuminen. HUOM: vaalenematon punoitus on 1. asteen painehaava!!</p> <p>Huomioi luu-ulokkeet, letkujen ja katetrien tms. alla oleva iho.</p> 
<p>HUOMIOI ihon ja inkontinenssin hoito</p>	<p>Pidä iho puhtaana ja kuivana. Vaihda kosteat vaatteet sekä vuodevaatteet.</p> <p>Huomioi pidätyskyky. Puhdista iho perusteellisesti eritteiden jäljiltä. Käytä ihoa suojaavia tuotteita (esim. ihonsuoja-aine, perus-/hoitovoiteet ym. Cavilon™ Advanced)</p> <p>Rasvaa kuiva iho kevyesti taputellen. Älä hiero tai hankaa punoittavia alueita!</p> <p>Suojaa riskialueet PU – haavasidoksella (Alleyn Life Sacrum, Alleyn Life Heel, Mepilex Border Sacrum, Mepilex Border Heel, Mepilex Lite).</p> 
<p>ARVIOI vajaanaravitsemus-riski</p>	<p>Täytä NRS 2002 vajaanaravitsemus – riskimittari tai MNA - ravitsemustilan arviointilomake.</p> <p>Kiinnitä huomio riittävään energian ja nesteiden saantiin sekä ravinnon sisältämän proteiinin määrään (kliiniset täydennysravintovalmisteet, runsasenerginen/runsasproteiininen ruokavalio).</p>
<p>KIRJAA</p>	<p>Avohoidossa: HOI-lehdelle HOI – VO tai KÄYNTI-HOI-pääotsikoille, tai vaihtoehtoisesti käyttämällesi kertomuslehdelle. Mittarit-otsikkoryhmä löytyy melkein kaikkien pääotsikoiden alta.</p> <p>Vuodeosastohoidossa: kirjaa tulos HOI-lehdelle Hojd Koord. - otsikkoon, muu kirjaus HOKE:lle (hoitotyön merkinnät). (Kts. tarkemmin ohje: BRADEN- painehaavariskimittarin täyttäminen ja kirjaaminen Mediatriissa).</p>

Yksikkö

Lähiosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveyspalvelujen kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihe)
www.siunsoite.fi

Hyvä haavavastaava,

Pyydämme sinua vastaamaan kyselyyn, minkä tavoitteena on saada tietoa maakunnan haavavastaavien tiedoista, taidoista ja asenteista sekä esihenkilöiden tuesta liittyen painehaavoihin. Kyselyn avulla on tarkoitus luoda haavavastaavien toiveita ja odotuksia vastaava verkosto. Verkostosta tulet saamaan tietoa valokuvien, videoiden ja työohjeiden muodossa. Verkoston keskustelualueella käydään keskustelua painehaavoihin liittyen. Jatkossa verkoston tietopankkia on tarkoitus laajentaa koskemaan myös muita haavanhoitoon liittyviä aiheita. Tutkimustulokset julkaistaan verkostossa ja niitä hyödynnetään koulutustoiminnan suunnittelussa. Kyselyyn vastaaminen on helppoa ja vie aikaa noin 10–15 minuuttia.

Toimimme sairaanhoitajina kirurgian poliklinikalla. Kysely on tärkeä osa sosi-aali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen YAMK opinnäytetyötä. Toimeksi-anto on Siun soten painehaavatyöryhmältä.

Vastaamalla tähän kyselyyn, annat suostumuksesi vastausten käyttöön tässä tutkimuksessa. Tietojasi tullaan käyttämään luottamuksellisesti. Yhteystietoja ei yhdistetä vastauksiin analyysivaiheessa, vaan niitä käytetään vain arvontaan.

Kaikkien halukkaiden kesken arvomme 3 kpl S-ryhmän lahjakortteja (arvo 10 €). Siirryt kyselyyn vastaamisen jälkeen erilliselle arvontasivustolle, johon voit halutessasi jättää yhteystietosi arvontaa varten. Kyselyn vastaukset ja arvannon tiedot käsitellään erikseen. Arvannon voittajille ilmoitetaan henkilökohtaisesti ja lahjakortit postitetaan voittajille.

Kysely on avoinna 19.09.2022 - 09.10.2022.

Linkki kyselyyn:

<https://link.webpolsurveys.com/S/58B4890AAD32718C>

Kiitos arvokkaasta vastauksestasi ja avustasi tutkimuksen onnistumisessa!

Katja Pelkonen ja Niina Vartiainen

sairaanhoitajat, kirurgian poliklinikka

Kysymyksiä tutkimuksesta voi lähettää sähköpostilla osoitteeseen:

katja.koponen@edu.karelia.fi tai niina.1.vartiainen@edu.karelia.fi

1. Työskenteletkö

- Kotihoidossa
- Hoivakodissa / tehostetun palveluasumisen yksikössä / hoitosolussa tai vastaavassa
- Terveyskeskussairaalan vuodeosastolla
- Erikoissairaanhoidossa
- Joku muu, mikä

2. Ikäsi?

3. Kuinka kauan olet työskennellyt hoitoalalla (Vuosia)?

4. Ammattisi

- Lähihoitaja
- Sairaanhoidtaja
- Terveystenhoitaja
- Joku muu, mikä

5. Millä alueella työskentelet?

- Pohjoinen alue: Nurmes, Juuka, Lieksa
- Läntinen alue: Polvijärvi, Outokumpu, Heinävesi, Liperi
- Keskinen alue: Kontiolahti, Joensuu
- Eteläinen alue: Rääkkylä, Tohmajärvi, Kitee, Ilomantsi

6. Kuinka kauan olet ollut yksikkösi haavavastaava? Syötä aika kokonaisina vuosina.

7. Kuinka päädyit haavavastaavaksi?

- Omasta kiinnostuksesta
- Minulta kysyttiin halukkuutta
- Esihenkilö nimesi minut tehtävään

8. Minkälaista painehaavoihin liittyvää koulutusta olet saanut?

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto

- Hiljaista tietoa työkavereilta
- Perehdytyksen yhteydessä perehdyttäjältä
- Tuotefirman edustaja on käynyt yksikössäni kertomassa tuotteistaan
- Olen käynyt tuotefirmojen järjestämässä koulutuspäivässä
- Olen käynyt Siun soten järjestämissä koulutuksissa
- Olen käynyt Oppiportin "estä painehaava"- koulutuksen
- Olen käynyt SHHY:n järjestämällä Valtakunnallisilla haavapäivillä
- Olen käynyt haavanhoidon erikoistumisopinnot, 30 op AMK
- Joku muu, mikä?
- En mitään

9. Osaatko täyttää BRADEN-riskiluokitusmittarin?

- Erinomaisesti
- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- En osaa

10. Osaatko kirjata BRADEN-riskiluokitusmittarin tulokset Mediatri-potilastieto-järjestelmään?

- Erinomaisesti
- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- En osaa
- Yksikössämme ei ole käytössä Mediatria (voit siirtyä suoraan kysymyksen nro 16)

11. Milloin täytät BRADEN-riskiluokitusmittaria?

- Aina, on luonnollinen osa työtäni
- Usein, pyrin täyttämään sen aina kun mahdollista

- Täytän harvakseltaan
- En täytä lomaketta
- Yksikössämme ei ole tarvetta, asiakkaat ovat omatoimisia

12. Millaisena koet BRADEN-riskiluokitusmittarin täyttämisen?

Valitse vaihtoehto 1 (Täysin eri mieltä) –5 (Täysin samaa mieltä)

- Helppo
- Hyödyllinen
- Nopea
- Toimintaa ohjaava

13. Miten yksikkösi käytännön hoitotyössä toteutuu BRADEN -riskiluokitusmittarin täyttö?

- Erinomaisesti
- Hyvin
- Vaihtelevasti
- Heikosti
- Ei ollenkaan, Miksi?
- Yksikössämme ei ole tarvetta täyttää BRADENIA, asiakkaat ovat omatoimisia

14. Tiedätkö millä BRADEN riskiluokitusasteella asiakkaalla tulisi olla vähintään PU-vaahtogeelipatja ja geelitäyteinen tai viskoelastinen istuinalusta käytössä?

- 6–9 p. (Erittäin korkea riski)
- 10–14 p. (Korkea riski)
- 15–18 p. (keskisuuri riski)
- 19–23 p. (matala riski)
- En tiedä

15. Tiedätkö millä BRADEN riskiluokitusasteella asiakkaalle tulisi hankkia vaihtuvapaineinen ilmapatja ja ilmatäyteinen istuinalusta käyttöön?

- 6–9 p. (Erittäin korkea riski)
- 10–14 p. (Korkea riski)
- 15–18 p. (keskisuuri riski)

- 19–23 p. (matala riski)
- En tiedä

16. Tiedätkö mistä löytyy Siun sotien vuokratijan ohje?

- Kyllä
- En

17. Oletko tilannut yksikköosi vuokratijaa?

- Kyllä
- En

18. Kuinka hyvin olet perehtynyt Hotus-hoitosuositus: Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä?

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- En ollenkaan

19. Koetko osaavasi käyttää nykyisiä Siun sotien haavanhoidon sopimustuotteita (hopea, hunaja, haavaeritettä imevät sidokset, peittosidokset, antiseptiset liuokset)?

- Erinomaisesti
- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- En ollenkaan

20. Koetko osaavasi tehdä haavan mekaanisen puhdistuksen?

- Erinomaisesti
- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- En ollenkaan

21. Miten suojaat asiakkaan kantapäitä painehaavoilta?

Valitse 1–4 eniten käyttämäsi tapaa

- Allevyn Life Heel
- Allevyn Heel polyuretaaniside (ns. kantanuppi)
- Mepilex Border heel
- Vedellä täytetyt kertakäyttökäsineet
- Laittamalla tyynyä pohkeiden alle, että kantapää ei osu patjaan
- Muu asentohoito, esim. Kylkiasennot
- Kevennystossut, esim. Maxxcare
- En millään
- Ei tarvetta, asiakkaat ovat omatoimisia

22. Miten yksikkösi käytännön hoitotyössä toteutuu BRADEN riskiluokituksen mukaisen patjan käyttö?

- Erinomaisesti
- Hyvin
- Vaihtelevasti
- Heikosti
- Ei ollenkaan, miksi?
- Yksikössämme ei ole tarvetta asentohoidolle, asiakkaat ovat omatoimisia

23. Oletko perehtynyt Siun soten ”estä painehaava” työohjeeseen?

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- Kohtalaisesti
- Heikosti
- En ollenkaan

24. Miten yksikössäsi toteutuu asentohoito? Asentoa vaihdetaan:

- Tiheästi, asentoa vaihdetaan yksilöllisen tarpeen mukaan
- Usein, enemmän kuin kolme kertaa vuorokaudessa
- Vaihtelevasti, noin kolme kertaa vuorokaudessa
- Harvoin, asentohoito ei useinkaan toteudu

- Yksikössämme ei ole tarvetta asentohoidolle, asiakkaat ovat omatoimisia

25. Mikä on suurin syy, jos asentohoito ei yksikössänne toteudu?

Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

- Ajan puute
- Työparin puute
- Välinpitämättömyys
- Tietämättömyys
- Kokemattomuus
- Ei mikään näistä, asiakkaat ovat omatoimisia
- Joku muu, mikä?

26. Mitä seuraavista painehaavoja ennaltaehkäisevistä tuotteista yksikössänne käytetään?

Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon

- Vaihtuvapaineinen ilmapatja
- PU-vaahtogeelipatja
- Vedellä täytetty kertakäyttökäsine
- Lampaantalja
- Allevyn Life
- Mepilex Border
- Haavakalvo
- Hydrokolloidi (Duoderm extra thin)
- Kevennystossut esim. Maxxcare
- Ei mikään näistä
- Joku muu, mikä?

27. Miten työyhteisösi kollegat suhtautuvat painehaavojen ennaltaehkäisyyn? (BRADEN:in täyttäminen, asentohoito, ennalta ehkäisevien tuotteiden käyttö, ravitsemustila, ihon kunnosta huolehtiminen)?

Valitse vaihtoehto 1 (Täysin eri mieltä) –5 (Täysin samaa mieltä)

- Työyhteisössämme halutaan ehkäistä painehaavojen syntymistä
- Työyhteisössämme on hyvät toimintatavat
- Työyhteisössämme tuetaan ja kannustetaan

- Työyhteisössämme ei ehditä paneutua tähän riittävästi
- Työyhteisössämme painehaavojen ennaltaehkäisyä ei koeta tärkeäksi
- Kaipaisin lisää vinkkejä kuinka kannustaa kollegoita tähän

28. Mitkä asiat olisivat tärkeimpiä painehaavojen ennaltaehkäisyn kannalta yksikössäsi?

Valitse vaihtoehto 1 (Täysin eri mieltä) –5 (Täysin samaa mieltä)

- Lisää aikaa
- Enemmän välineitä, kuten painetta tasaavat patjat, tyynyt ja istuinaluset ym. ennaltaehkäisyn välineet
- Lisää koulutusta
- Vinkkejä toisissa työpisteissä työskenteleviltä haavavastaavilta
- Lisää resursseja
- BRADEN:in täyttö potilaan saapuessa yksikköön, jotta se ohjaisi oikeisiin ennaltaehkäiseviin toimintatapoihin

29. Miten lähiesihenkilösi suhtautuu painehaavojen ennaltaehkäisyyn?

Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon

- Aiheesta keskustellaan meillä säännöllisesti esimerkiksi osastokokouksissa
- Lähiesihenkilö tukee ja kannustaa kiinnittämään asiaan huomiota
- Lähiesihenkilö kiinnittää asiaan huomiota päivittäin
- Lähiesihenkilö kiinnittää asiaan huomiota viikoittain
- Lähiesihenkilö kiinnittää asiaan huomiota kerran kuukaudessa tai harvemmin
- Aiheesta ei ole keskusteltu

30. Käydäänkö yksikössäsi läpi esimerkiksi osastokokouksessa tms. kuinka monta BRADEN:ia yksikössäsi on täytetty tietyllä aikavälillä?

- Viikoittain
- Kuukausittain
- Neljä kertaa vuodessa
- Kerran vuodessa
- Ei koskaan

31. Millaisena koet lähiesihenkilön tuen painehaavojen ennaltaehkäisyssä?

Valitse vaihtoehto 1 (Täysin eri mieltä) –5 (Täysin samaa mieltä)

- Lähiesihenkilön rooli on merkittävä painehaavojen ennaltaehkäisyssä
- Lähiesihenkilö tukee painehaavojen ennaltaehkäisyä omalla esimerkillään ja toiminnallaan
- Haluaisin, että yksikössämme keskusteltaisiin avoimemmin lähiesihenkilön kanssa asiasta
- En koe, että lähiesihenkilö pystyy vaikuttamaan omalla toiminnallaan omaan työskentelyyni
- Lähiesihenkilö voisi enemmän tuoda esille omia näkemyksiään ennaltaehkäisystä
- En koe saavani ollenkaan tukea omalta lähiesihenkilöltäni
- Yksikön asiakkaat ovat omatoimisia, joten meillä ei ole tarvetta keskustella painehaavojen ennaltaehkäisystä

32. Kuinka tärkeänä pidät haavavastaavien verkostoitumista?

- Erittäin tärkeänä
- Hyvin tärkeänä
- En osaa sanoa
- En kovinkaan tärkeänä
- En lainkaan tärkeänä, miksi?

33. Käytätkö Teams-sovellusta säännöllisesti töissä ollessasi?

- Kyllä
- En
- Ajoittain
- Tarvittaessa
- Joku muu sovellus, mikä?

34. Kaipaako lisää tietoa:

Voit valita 1–5 mielestäsi tärkeintä asiaa

- Mekaanisesta puhdistamisesta
- Bakteeriviljelynäytteen ottamisesta

- Haavanhoitotuotteista (Hunaja, hopea, antiseptiset tuotteet, imevät sidokset)
- Ennaltaehkäisevistä tuotteista (Allevyn Life, Mepilex border ym.)
- Alipaineimuhoidosta (V.A.C., Renasys, Pico, Prevena ym.)
- Ihonsiirteen ja ihonottokohdan hoidosta
- Keinoihon hoidosta
- Asentohoidosta
- Patjoihin ja istuinalusiin liittyvistä asioista
- BRADEN:iin liittyen
- Vinkkejä, kuinka muuttaa työyhteisöasennetta positiivisempaan suuntaan painehaavojen ennaltaehkäisyyn liittyen
- Haluan kuulla hyviä vinkkejä maakunnan toisilta haavavastaavilta heidän yksikön käytännöistään

35. Mitä odotat tältä haavavastaavien verkostolta?

36. Mitä muuta haavanhoitoon liittyvää tietoa toivoisit jatkossa haavavastaavien verkostolta, kun tämä opinnäytetyöhömme liittyvä painehaavoja käsittelevä osio on saatu valmiiksi?

Voit valita 1–5 mielestäsi tärkeintä asiaa

- Tietoa käytössä olevista haavanhoitotuotteista
- Tietoa imevien sidosten käytöstä
- Tietoa hoitavien tuotteiden käytöstä
- Tietoa haavanhoidon uusista sopimustuotteista sopimuskauden vaihtuessa
- Edelliseen liittyen tiedonvaihtoa haavanhoitotuotteiden kokeiluista sopimuskauden vaihtuessa
- Tietoa infektoituneen haavanhoidon erityispiirteistä
- Tietoa erilaisista haavanhoitoon läheisesti liittyvistä ihosairauksista
- Tietoa laskimoperäisten säärihaavojen hoidosta
- Tietoa valtimoperäisten haavojen hoidosta
- Tietoa diabeetikon haavanhoidon erityispiirteistä
- Tietoa kompressiohoidosta
- Jostain muusta, mistä?

37. Vastaamalla tähän kyselyyn suostun kyselylomakkeessa kysytyjen tietojen käsittelyyn. Olen saanut tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta. Kyselyvastaukset poistetaan Webropolista tutkimuksen päätyttyä.

Tietosuojaseloste: Turvallisuuskulttuurikyselyn toteuttaminen Siun soten henkilöstölle

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679). Seloste henkilötietojen käsittelystä ja informointi rekisteröidyn oikeuksista.

Tiedonanto laadittu: 20.6.2022

1. Rekisterinpitäjä

Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä
Tikkamäentie 16
80210 Joensuu
puh. 013 3300 (vaihde)

2. Rekisterinpitäjä edustajat

Mari Hirvonen, ylihoitaja, mari.hirvonen@siunsote.fi

Katja Pelkonen, sairaanhoitaja, katja.pelkonen@siunsote.fi

Niina Vartiainen, sairaanhoitaja, niina.vartiainen@siunsote.fi

3. Tietosuojavastaavat

tietosuoja(at)siunsote.fi

M-talo 3. krs

Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

4. Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Henkilötietojen käsittelyn tarkoituksena on YAMK opinnäytetyön ”Painehaavojen näyttö käyttöön verkostojohtamisen avulla Siun sote organisaatiossa” toteuttaminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on yhdenmukaistaa painehaavojen hoitokäytännöt Pohjois-Karjalan maakunnan alueella niin, että jokainen asiakas saa näyttöön perustuvaa hoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on kyselyn avulla tuottaa tietoa maakunnan haavavastaavien tiedoista, taidoista ja asenteista sekä esihenkilöiden tuesta liittyen painehaavoihin, niiden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon. Kyselyn avulla on tarkoitus luoda haavavastaavien toiveita ja odotuksia vastaava verkosto.

5. Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperusteena on tutkittavan suostumus.

Vastaamalla kyselyyn tutkittavat antavat luvan vastausten käyttöön tässä YAMK opinnäytetyössä. Suostumus henkilötietojen käsittelyyn kysytään

kyselyssä. Tietoja tullaan käyttämään luottamuksellisesti. Henkilötietoja ei yhdistetä vastauksiin analyysivaiheessa, vaan niitä käytetään pelkästään arvontaan.

6. Rekisterin tietosisältö

YAMK Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselyllä. Kyselyn taustatiedoissa kysytään vastaajan työyksikkö (esimerkiksi kotihoito / hoivakoti / terveyskeskuksen vuodeosasto / erikoissairaanhoido), vastaajan ikä, kuinka kauan vastaajan on työskennellyt hoitoalalla, ammatti (esim. lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja), millä alueella vastaaja työskentelee (Siun soten pohjoinen, läntinen, keskinen tai eteläinen alue), kuinka kauan vastaajan on toiminut yksikkönsä haavavastaavana, kuinka vastaaja on päätenyt haavavastaavaksi, minkälaista koulutusta vastaaja on painehaavoihin liittyen saanut.

7. Säännönmukaiset tietolähteet

Kyselyyn vastaajat.

8. Käsittelyssä käytettävät järjestelmät

Kysely tehdään Webropol alustalle ja se analysoidaan Webropol alustan omalla ohjelmalla.

9. Henkilötietojen suojauksen periaatteet

Aineisto säilytetään analyysin ajan Webropolissa, jolloin siihen on pääsy vain opinnäytetyön tekijöillä. Pääsynvalvonta aineistoon on käyttäjätunnuksen ja salasanan takana. Henkilötietoja käsittelemme vain me, eli kaksi sairaanhoitajaa jotka tätä opinnäytetyötä tekevät.

10. Tietojen säännönmukaiset luovutukset

Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille.

11. Automatisoitu päätöksenteko, mukaan lukien profilointi (EU:n tietosuojasäätöasetuksen artikla 22)

Automatisoituja päätöksiä ei tehdä.

12. Tietojen siirto EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle

Tietoja ei luovuteta.

13. Henkilötietojen säilytysaika

Kyselyn vastauksia ei arkistoida, mutta vastausten perusteella laadittu raportti säilytetään Dynastyssä Siun soten asiakirjahallinnon ohjeiden mukaisesti. Kyselyvastaukset poistetaan Webropolista tutkimuksen päätyttyä.

14. Rekisteröidyn oikeudet

Tietojen tarkastusoikeus (15 artikla)

Rekisteröidyllä on oikeus tarkastaa itseään koskevat henkilötiedot.

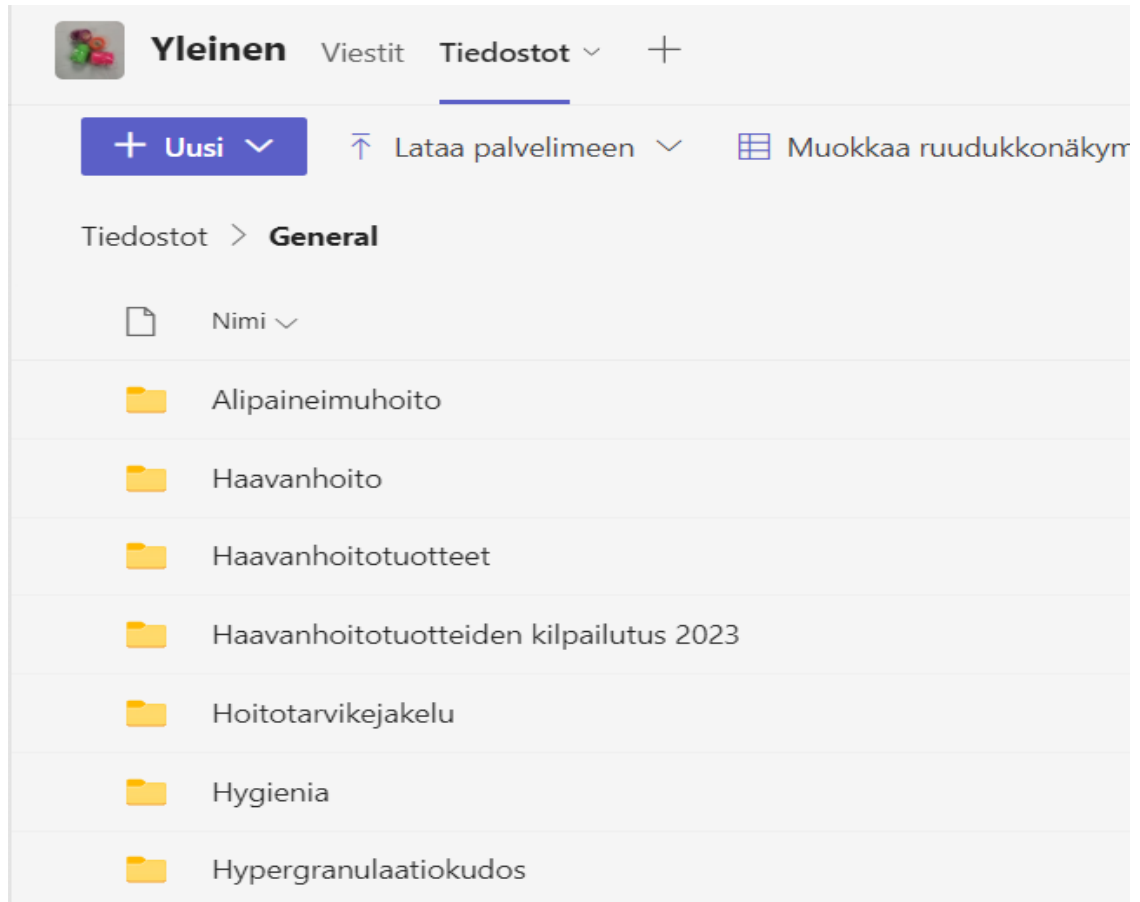
Oikeus tiedon oikaisemiseen (16 artikla) tai poistamiseen (17 artikla)

Rekisteröidyllä on oikeus pyytää tietojensa oikaisemista tai poistamista.

Oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle (77 artikla)

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.

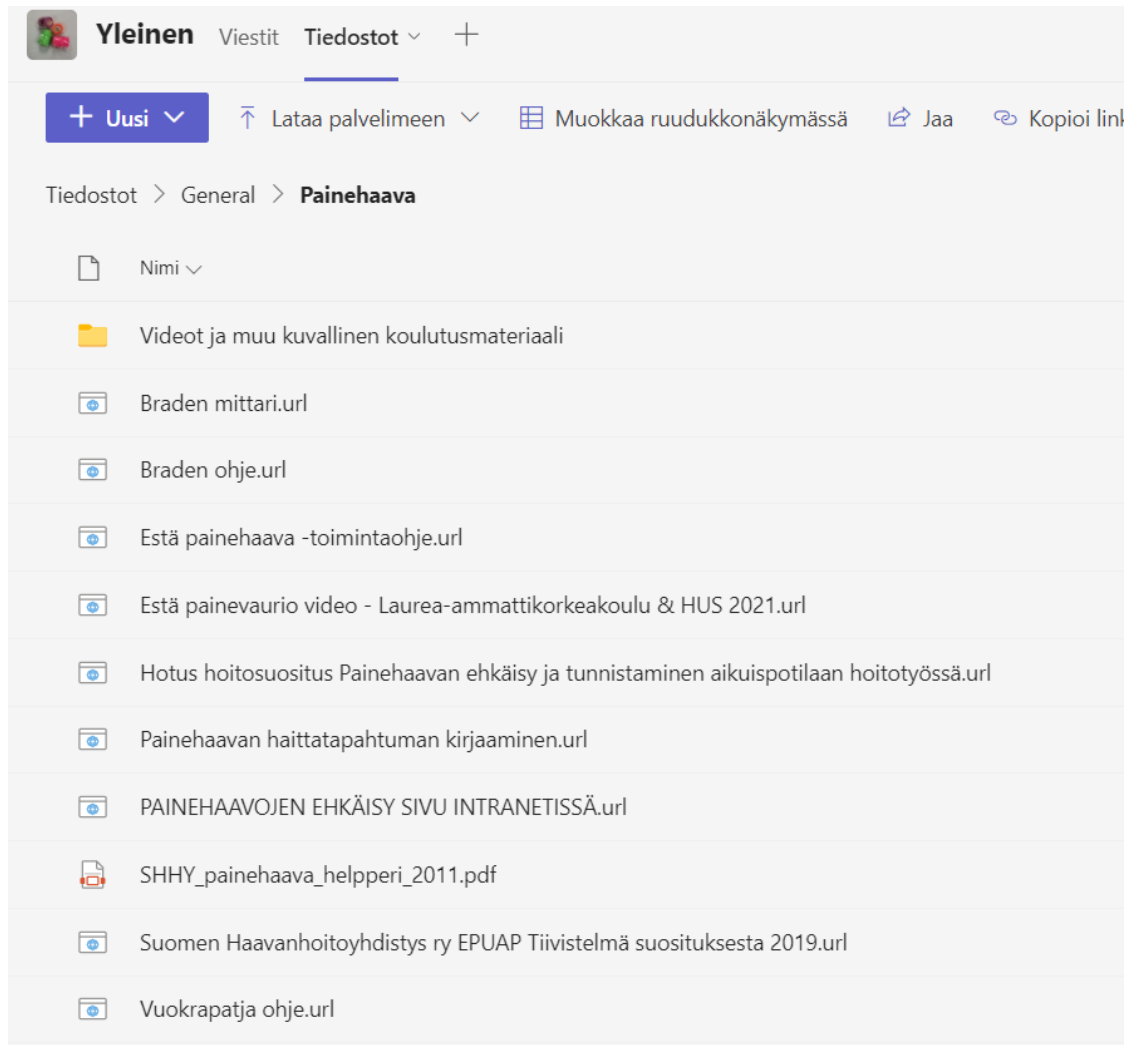
Tarkemmat ohjeet rekisteröidyn oikeuksien toteuttamiseen löytyvät Siun soten internetsivulta osoitteesta <http://www.siunsote.fi/asiakas-ja-potilas-tiedot>.



Kuva 1. Kuvakaappaus haavavastaavien verkostossa olevista kansioista.



Kuva 2. Kuvakaappaus haavavastaavien verkostossa olevista kansioista.



Kuva 3. Kuvakaappaus painehaava -kansion tiedostoista.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen haavavastaavat:

Tämän ryhmän ensimmäinen kokous on ti 7.2.2023 klo 14:30–16 Teamsin kautta. Kutsu lähetetään haavavastaaville sähköpostiin. Toivottavasti mahdollisimman moni pääsee osallistumaan siihen. Tervetuloa mukaan!

Tiistai 7.2.2023 ohjelma. Teams -kokous klo 14.30–16

Klo 14:30 Tervetuloitovotus ja aloitussanat / Katja Pelkonen & Niina Vartiainen

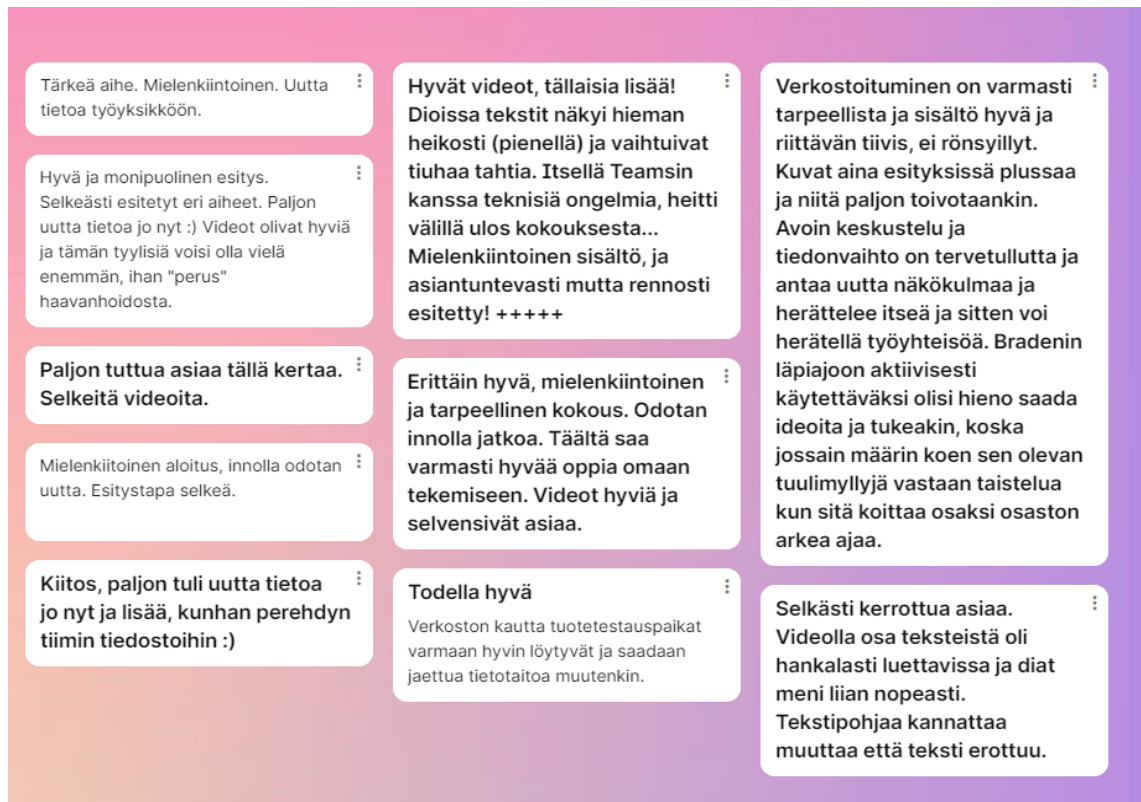
Klo 14:35 Painehaavojen näyttö käyttöön verkostojohtamisen avulla Pohjois-Karjalassa YAMK opinnäytetyö esittely / Katja Pelkonen & Niina Vartiainen

Klo 14:55 Opinnäytetyöhön liittyvän koulutusmateriaalin esittely / Katja Pelkonen & Niina Vartiainen

Klo 15:25 Haavanhoitotuotteiden kilpailutus / Kielo Turtiainen & Katja Pelkonen

Klo 15:40 Avoin keskustelu, kysely ja palautteen kerääminen

LÄMPIMÄSTI TERVETULOA VERKOSTOITUMAAN!



Kuva 29. Verkoston aloituskokouksessa Padlet -sovelluksella kerätty palaute.



Kuva 30. Verkoston aloituskokouksessa Padlet -sovelluksella kerätty palaute.